



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

H. CONSEJO GENERAL UNIVERSITARIO

2009 JUN 12 21

RECIBI

Nashidy

Oficio No. IV/05/2009/772/I

Rosy

Dr. Héctor Raúl Solís Gadea
Coordinador General Académico
Vicerrectoría Ejecutiva
Universidad de Guadalajara
Presente

M

At'n. Mtra. Aurora Cuevas Peña,
Coordinadora de Investigación y Posgrado

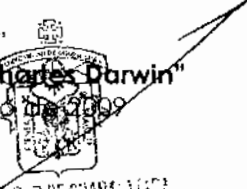
Adjunto al presente me permito remitir a Usted copia del oficio número CCU 023/2009, recibido el 28 de Mayo actual, signado por el Maestro Víctor Manuel Ramírez Anguiana, Rector del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, mediante el cual adjunta expediente relativo a la modificación del programa educativa de la Especialidad en Anestesiología Pediátrico.

Lo anterior, con mi atenta solicitud de que el Comité de Apoyo Técnico de la Comisión de Educación del H. Consejo General Universitario que Usted integra, realice el análisis sobre el particular y emita su opinión calificada sobre el tema.

Agradeciendo de antemano la atención que se sirva brindar a la presente se suscribe de Usted.

Atentamente
"PIENSA Y TRABAJA"

"2009, Año del Bicentenario de Charles Darwin"
Guadalajara, Jal: 29 de Mayo de 2009



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
SECRETARÍA DE ACTAS Y ACUERDOS

José Alfredo Peña Ramos

Secretario General de la Universidad de Guadalajara y
Secretario de Actas y Acuerdos de la Comisión de Educación

c.c.p. Dr. Marco Antonio Conés Guardado, Rector General y Presidente de la Comisión de Educación
c.c.p. Dr. Miguel Ángel Navarro Navarro, Vicerrector Ejecutivo
c.c.p. Minutero
JAPR/JAJH/Rosy

COORBINACIÓN GENERAL AGADEMICA CORRESPONDENCIA	
02 JUN. 2009	
HORA:	<i>12:34</i>
RECIBIO:	<i>Zuehr</i>



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/

CCU 023/2009

**LIC. JOSÉ ALFREDO PEÑA RAMOS
SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
Y SECRETARIO DE ACTAS Y ACUERDOS DEL H. CONSEJO
GENERAL UNIVERSITARIO.**

770

Presente.-

**At' n: COMISIONES CONJUNTAS DE
EDUCACIÓN Y DE HACIENDA
H. CONSEJO GENERAL UNIVERSITARIO**

Por este conducto me permito hacer llegar a Usted la modificación del programa educativo de la **ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA PEDIÁTRICA**, y el cual consta de:

- ✓ Dictamen número 5810/2008
- ✓ Acta de la Sesión de Consejo del 15 de Octubre de 2008
- ✓ Acta del Consejo Divisional
- ✓ Acta del Colegio Departamental
- ✓ Información electrónica

Lo anterior para que sea presentado ante la consideración de las Comisiones conjuntas de Educación y de Hacienda y su autorización en el próximo H. Consejo General Universitario.

Sin otro particular por el momento, hago propicia la ocasión para enviarle un respetuoso saludo.

**ATENTAMENTE
"PIENSA Y TRABAJA"
"2009, Año del Bicentenario de Charles Darwin"
Guadalajara, Jal., 27 de Mayo de 2009**



**Consejo de Centro Universitario de
Ciencias de la Salud
UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA**

**MTRO. VÍCTOR MANUEL RAMIREZ ANGUIANO
PRESIDENTE DEL CONSEJO DE CENTRO**

C.c.p. Archivo.-

RZG/mvl*



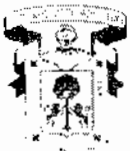
**H. CONSEJO DEL CENTRO UNIVERSITARIO
DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E.**

DICTAMEN No. 5810/2008

A estas Comisiones Permanentes de Educación y Hacienda, ha sido turnada por el Rector del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, un documento proveniente de la División Disciplinas Clínicas, Departamento de Clínicas de la Reproducción Humana y del Crecimiento y Desarrollo Infantil, en el cual se plantea la modificación del programa académico de la **Especialidad en Anestesiología Pediátrica**, para operar bajo el sistema de créditos, profesionalizante y modalidad presencial, con sede en este Centro Universitario y para ser impartido en el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde" y en las sedes hospitalarias que cumplan con los requisitos y adopten este programa educativo, en virtud de la siguiente:

J U S T I F I C A C I Ó N

- I. Que con dictamen número I/2002/300, el Consejo General Universitario, en Sesión Extraordinaria del 15 de junio de 2002 aprobó la creación del programa académico de la Especialidad en Anestesiología Pediátrica, a partir del ciclo escolar 2002 B.
- II. Que con fe de erratas número 1/2003/944 de fecha 28 de agosto de 2003, el Secretario General de la Universidad de Guadalajara aprobó, en virtud a lo convenido con la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud y las Instituciones de Salud Sedes de los Programas, además lo que marca el Plan Uniforme de Especialidades Médicas y de acuerdo con el calendario escolar de la Universidad de Guadalajara, que las Especialidades Médicas deberán iniciar en el calendario escolar "A".
- III. Que la Universidad de Guadalajara es un organismo público descentralizado del Gobierno del Estado de Jalisco, con autonomía, personalidad jurídica y patrimonio propios, cuyo fin es impartir educación media superior y superior, así como coadyuvar al desarrollo de la cultura en la Entidad.
- IV. Que la Universidad tiene como uno de sus fines el formar y actualizar los técnicos, bachilleres, técnicos profesionales, profesionistas, graduados y demás recursos humanos que requiera el desarrollo socioeconómico del Estado.
- V. Que en la realización de sus funciones y el cumplimiento de sus fines, la Universidad se orientará por un principio de solidaridad social, anteponiéndolo a cualquier interés individual.
- VI. Que la Universidad adoptará el modelo de red para organizar sus actividades académicas y administrativas, sustentada en unidades académicas denominadas escuelas, para el nivel medio superior, y Departamentos agrupados en Divisiones, para el nivel superior, e integrada por los Centros Universitarios, el Sistema de Educación Media Superior y la Administración General.



- VII. Que la organización en Red tiende a lograr una distribución racional y equilibrada de la matrícula y de los servicios educativos en Jalisco, a fin de contribuir a la previsión y satisfacción de los requerimientos educativos, culturales, científicos y profesionales de la sociedad.
- VIII. Que el Centro Universitario de Ciencias de la Salud, organismo desconcentrado encargado de cumplir en esta área del conocimiento y del ejercicio profesional los fines que en el orden de la cultura y la educación superior corresponden a la Universidad, tiene responsabilidad de formar profesionales, técnicos y especialistas que mediante su trabajo cotidiano respondan a las urgentes necesidades de prevención y preservación de la salud en la entidad.
- IX. Que este Centro Universitario cuenta entre su estructura Divisional y Departamental a la División de Disciplinas Clínicas, integrada por los Departamentos de Clínicas Médicas, Clínicas Quirúrgicas, Clínicas Odontológicas Integrales, Clínicas de Salud Mental, Enfermería Clínica Integral Aplicada y Clínicas de la Reproducción Humana y del Crecimiento y Desarrollo Infantil.
- X. Que en el trabajo médico se aprecia un predominio de la medicina especializada sobre la medicina general, esto debido a la necesidad de brindar servicios médicos de calidad que requiere la sociedad actual, creándose así un amplio sistema de residencias para el entrenamiento médico. Las Especialidades Médicas se han desarrollado basándose en las necesidades del sector la salud, influyendo, también, la demanda social y el "mercado" de servicio, en donde se inserta también la Especialidad en Anestesiología Pediátrica.
- XI. Que la Universidad de Guadalajara a través del Consejo General Universitario, máximo órgano de gobierno de nuestra casa de estudios y el Centro Universitario de Ciencias de la Salud conscientes del papel que desempeñan como formadores de recursos humanos en salud y ante los cambios estructurales de los programas así como las modificaciones en denominación y duración de las especialidades médicas reconocidas por las Universidades Nacionales y por las principales Instituciones de Salud y el Sistema Nacional de Residencia Médicas de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, ha adoptado el Programa Uniforme de Especialidades Médicas a partir de 1995.
- XII. Que en 1992, a iniciativa de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), se acordó, recomendó y adoptó el Plan Único de Especialidades Médicas (PUEM), concertado principalmente entre la UNAM, SSA, ISSSTE y la Academia Nacional de Medicina. Logrando así uniformidad y regularidad en cuanto a los objetivos, planes y programas y en el establecimiento de las competencias profesionales del egresado.
- XIII. Que el carácter innovador que sustenta el Plan Uniforme estriba, particularmente en su estructura y organización académica común a todas las especialidades, en torno a tres funciones sustantivas en el quehacer médico, las cuales son la atención médica, la investigación y la educación. Así como en la conducción de un enfoque metodológico para la enseñanza en la medicina especializada centrado en la solución de problemas de atención médica en la prevención, diagnóstico, tratamiento o de rehabilitación.
- XIV. Que en México actualmente existen sólo dos lugares que imparten y avalan la Especialidad en Anestesiología Pediátrica la Universidad de Guadalajara con sede en Hospital Civil de Guadalajara y la Universidad Nacional Autónoma de México con sedes en el Hospital Infantil de México, el Instituto Nacional de Pediatría, son las plazas captadas por la Secretaría de Salud. En el IMSS el Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI, el General Centro Médico la Raza, existen adiestramientos



pero sin reconocimiento por parte de la Universidad con duración de 10 meses. Existe sólo un programa académico a nivel nacional es el que se imparte en ambas universidades no se encuentra actualizado en Programa por competencias profesionales y actualmente tiene una duración de dos años.

XV. Que en Venezuela el programa de la subespecialidad en Anestesiología Pediátrica esta bien establecido, su duración es de un año, pero a la fecha no ha llevado por medio de competencias profesionales, cabe mencionar que el aval del curso lo da el hospital y el Colegio de Anestesiólogos de su propia entidad, en Perú se imparte un adiestramiento que no es propiamente un programa sino como una serie de lista de temas que el residente debe cubrir sin mencionar trabajos de atención médica no esta implementado con modelo de competencias y no muestran información de ser avalado por alguna Universidad, Colombia y Argentina parecer ser que llevan la delantera a lo que a competencias se refieren tienen programas bien diseñados con formación integral en competencias y son avalados por las Universidades, están por implementar la duración de dos años, pero no mencionan el número de créditos que se deben de cumplir para realizarlo, España también a dedicado tiempo a la elaboración y mejoramiento de los programas actualmente se llevan a cabo por competencias y los que lo realizan deben cubrir cierto numero de créditos sin importar el tiempo de duración.

XVI. Que a partir de 1940, en que inicia la era de la anestesia moderna, ésta es reconocida como una especialidad médica y científica. La especialidad ha tenido un crecimiento explosivo, producto del desarrollo en la tecnología, técnicas anestésicas e introducción de fármacos. En éste proceso evolutivo, existen momentos o descubrimientos clave, a partir de los cuales se pudieron ir brindando manejos anestésicos más seguros y confortables para los pacientes quirúrgicos. Entre ellos destacan:

Para la anestesia inhalatoria, el descubrimiento de las propiedades anestésicas del N₂O, y el uso del éter por vía inhalada. Posteriormente destacan la introducción del absorbedor de CO₂, del circuito respiratorio y la intubación endotraqueal, del tubo en T de Ayre, del curare y de la succinilcolina, el diseño de las hojas de laringoscopio recta y curva, las válvulas de no reinhalación para los circuitos anestésicos, la fabricación del primer aparato de anestesia y del vaporizador marmita de cobre, (que permitió la vaporización precisa de los anestésicos volátiles), la invención de los respiradores Bennett y Bird durante la 11 Guerra Mundial, la introducción del halotano, el concepto de CAM, el diseño de los circuitos de uso común en anestesia pediátrica de Jackson Rees y el sistema Bain; la síntesis enflurano, isoflurano, sevoflurano y del desflurano, la introducción de relajantes musculares no despolarizantes como pancuronio, vecuronio, atracurio y en los últimos 15 años otros como mivacurio, cisatracurio y rocuronio ; vaporizadores termocompensados o de derivación variable tipo TEC, hasta llegar a los TEC 5 y 6 y los de unidad de administración de anestesia (ADU). Al mismo tiempo se han ido diseñando aparatos de anestesia más sofisticados, que incluyen ventiladores modernos y sistemas de espectrometría de masa que permiten monitorizar las concentraciones inspiradas y espiradas de los gases y vapores anestésicos.

✓ Para la anestesia regional: anestesia raquídea con cocaína, anestesia regional intravenosa con procaína, la introducción del bloqueo peridural lumbar, de la técnica de pérdida de la resistencia para abordar el espacio peridural, de la aguja de Tuohy y de la anestesia epidural continua a través de catéteres ureterales; el uso de la lidocaína, de la bupivacaína, prilocaína, ropivacaína y recientemente de la levobupivacaína; el descubrimiento de la existencia y función de receptores opiáceos, permitiendo su uso peridural e intratecal y para analgesia trans y postoperatoria, y el uso de la anestesia combinada hecha con una sola aguja. Así mismo ha habido avances en el diseño de las agujas y catéteres para las diferentes técnicas de anestesia



regional, en conjunción con el advenimiento del estimulador de nervios periféricos y las bombas de infusión.

- ✓ Para la anestesia intravenosa el invento de la jeringa hipodérmica, el uso del tiopental, la utilización del fentanil y droperidol e introducción de la neuroleptoanalgesia, la síntesis de la ketamina, la producción de la anestesia disociativa, la introducción de la anestesia analgésica, la utilización de diferentes opiáceos en anestesia: morfina, sufentanilo, pentazocina, meperidina, butorfanol, nalbufina, buprenorfina y remifentanil; la introducción en la práctica clínica del midazolam, etomidato, flumazenil, alfentanil, propofol y de la técnica de analgesia intravenosa total. Estas últimas drogas permitieron el auge de la cirugía ambulatoria.

XVII. Que para el monitoreo, la medición obligada de la Tensión Arterial, con la introducción de monitores automáticos, el uso del estetoscopio precordial y posteriormente del esofágico, la introducción de la oximetría de pulso, de la electrocardiografía y con el desarrollo de la espectrometría de masa, la medición del CO₂ espirado. La oximetría pasó a ser el más importante avance tecnológico para el bienestar y la seguridad de los pacientes en anestesia, recuperación y UCI. Últimamente destacan el monitoreo de la profundidad anestésica con el uso del índice bioespectral y de potenciales evocados y el continuo desarrollo de monitores más precisos y sofisticados. Producto de la globalización a través del neoliberalismo y la tercera revolución científico-tecnológica, se ha tenido acceso a los medios de comunicación universal, (TV, prensa escrita, internet, etc), lo que ha facilitado por un lado el intercambio cultural, científico y profesional, fomentando el progreso de la Anestesiología, la introducción de las Políticas de Calidad, el interés por la Certificación de Hospitales y Universidades y la incorporación del aprendizaje por Competencias Profesionales Integradas.

XVIII. Que el crecimiento explosivo de la Anestesiología ha permitido el desarrollo de especialidades como la Neonatología así como la realización de procedimientos quirúrgicos de alta especialidad. El desarrollo de la Anestesiología se ha visto favorecido por la necesidad de donación y trasplante de órganos, los programas de Cirugía Ambulatoria, Cirugía de corazón y grandes vasos; la incorporación de técnicas entre las que destacan la Cirugía Laparoscópica, Microcirugía y Cirugía con Láser; la introducción de tecnologías como Resonancia Magnética, Tomografía por emisión de positrones, litotripsia, radiología intervencionista y técnicas de embolización y angioplastia subcutánea y finalmente los progresos en Ingeniería Biomédica para quirófanos, UCI y Clínicas del Dolor y en la incorporación de fármacos.

XIX. Que la Anestesiología Pediátrica es una rama de la Anestesiología que se ocupa de la atención integral de pacientes pediátricos que requieren:

1. Evaluación, consulta y preparación para anestesia.
2. Brindar manejo y proveer insensibilidad al dolor durante procedimientos anestésicos diagnósticos, terapéuticos, quirúrgicos y obstétricos.
3. Monitoreo y restauración de la homeostasis durante el período perioperatorio, o de los pacientes pediátricos en estado crítico, lesionados o seriamente enfermos.
4. Diagnóstico y tratamiento de síndromes dolorosos agudos y crónicos.
5. Evaluación de la función respiratoria y aplicación de la terapia respiratoria en todas sus variantes.
6. El manejo clínico y enseñanza de la resucitación cardíaca y pulmonar.
7. La supervisión, enseñanza y evaluación de las funciones del personal médico y paramédico involucrado en anestesia, cuidados críticos y respiratorios
8. Funciones administrativas en hospitales y escuelas de medicina.



XX. Que así, el Anestesiólogo Pediatra es un Profesional que no solo actúa como el médico internista o intensivista del quirófano y de la UCI, sino que interviene en otras áreas como en Medicina Perioperatoria, Clínicas de Dolor, centros de Radiología e Imagenología, Hemodinamia y en funciones de Enseñanza y Administrativas. Por otro lado el desarrollo de subespecialidades en anestesia obstétrica, neuroanestesia, cardioanestesia y en Cirugía de Transplantes, han requerido de una preparación de más alto nivel por parte de estos profesionales. Que actualmente, con los adelantos previamente mencionados, se puede considerar que aunque segura, nuestra especialidad aún no ha logrado plenamente su madurez. Son objetivos a lograr su reconocimiento social, cultural, científico y económico, basados en una preparación profesional de alto nivel y un mayor involucramiento con la sociedad.

XXI. Que seguramente tendrá un rol importante durante el siglo XXI, en las técnicas de Cirugía Robótica, microcirugía para trasplante quirúrgico de tejidos, y en la implantación quirúrgica de electrodos para reinervación exógena a pacientes parapléjicos. Otra posibilidad futura sería el descubrimiento de: aplicaciones terapéuticas para los anestésicos, drogas o métodos que bloqueen selectivamente la propagación de los impulsos dolorosos aferentes, anestésicos de muy baja solubilidad, relajantes musculares no despolarizantes de acción ultracorta, opiáceos más potentes y con menos efectos colaterales, componentes sanguíneos artificiales y máquinas de anestesia calibradas para monitorizar todas las drogas. No se descartan adelantos en la manipulación genética y la administración de anestesia a pacientes con envenenamiento, quemaduras o efectos de radiaciones o de una explosión nuclear.

XXII. Que con tan variadas expectativas y áreas de influencia, sumadas a la tendencia actual a las subespecialidades y a la creciente demanda de nuestros servicios por parte de todas las especialidades quirúrgicas, es justificable que se continúe la preparación de recursos de alto nivel, a partir de un esfuerzo conjunto entre la Universidad de Guadalajara, el Centro Universitario de Ciencias de la Salud y las instituciones donde se imparta, para continuar con la incorporación del Programa por Competencias Profesionales Integradas en las Residencias Médicas.

XXIII. Que la incorporación a la práctica clínica cotidiana de ciencias básicas como la bioquímica, la fisicoquímica, la farmacología, la inmunológica, la genética, la cibernética, y la computación, entre otras representa el abandono de los programas de estudios arcaicos y obsoletos-frecuentemente copiados de otras realidades -que no respondían a las necesidades y planteamientos auténticos de la medicina de nuestro país. Así pues se diseñó un programa que tiene como propósitos centrales.

- ✓ Un programa por competencias profesionales integradas, de acuerdo con los propósitos del Plan Nacional de Salud.
 - ✓ Integrar un programa educativo que optimice los recursos técnicos, humanos y de infraestructura existentes en las diferentes instituciones de salud en el país.
 - ✓ Preparar médicos anestesiólogos integrales que al terminar su especialidad, puedan laborar en cualquier institución de salud de segundo o tercer nivel, y con esto abatir los índices de morbimortalidad.
 - ✓ Favorecer un desarrollo del profesional de la medicina que responda a las necesidades asistenciales, educativas (docentes) y de investigación de su área respectiva.
- Preparar especialistas que con eficiencia y eficacia coadyuven integralmente en la atención al paciente, gracias a un enfoque multidisciplinario y al equipo de salud adecuado.

XXIV. Que el perfil de ingreso a la Especialidad en Anestesiología Pediátrica, comprende:



- 1) Conocer e identificar al individuo desde una perspectiva compleja bio psico social, con juicio crítico y respeto a la diversidad ideológica.
- 2) Resolver problemas que se presentan en la práctica profesional aplicando los principios y métodos científicos para interpretar la realidad, con juicio crítico, ética profesional y creatividad.
- 3) Comunicar eficaz, eficiente y adecuadamente de manera oral, escrita y gráfica, a través de los diferentes medios de comunicación respetando la diversidad de ideas, con honestidad y ética profesional.
- 4) Ejercer su práctica profesional de acuerdo a la normatividad estatal, nacional e internacional, con una actitud ética, crítica y propositiva.
- 5) Analizar e insertarse en los segmentos del mercado de trabajo con actitud autocrítica, creativa y ética profesional con liderazgo en su campo profesional.
- 6) Resolver problemas profesionales de forma multi, inter y transdisciplinarios para una convivencia de respeto y ética profesional.
- 7) Identificar, diseñar e implementar los diferentes programas de prevención de la salud en equipo multi, inter y transdisciplinario para fomentar una cultura de salud.
- 8) Aplicar los conocimientos sobre el proceso administrativo con eficiencia y eficacia de acuerdo a las prioridades del ámbito de la salud, con una actitud prospectiva y propositiva.
- 9) Es un universitario comprometido con los principios ideológicos emanados de las políticas contenidas en la Ley orgánica de la Universidad de Guadalajara.
- 10) Es un profesional que aplica sus conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas para proporcionar atención de anestesiología general, de alta calidad, a través de la promoción de la salud, protección específica, acciones oportunas de diagnóstico, de tratamiento, limitación del daño y rehabilitación.
- 11) Que utiliza su juicio crítico para la atención o referencia de sus pacientes a otros niveles de atención o profesionales de la salud.
- 12) Que actúa respetando las normas éticas para darle un sentido humano a su práctica profesional, dentro de los patrones culturales y económicos de la comunidad donde otorgue sus servicios.
- 13) Que está dispuesto a trabajar en equipo ejerciendo el liderazgo que le corresponda y de acuerdo al rol que le sea asignado, participa con responsabilidad en la toma de decisiones y aplica su juicio crítico en los diferentes modelos de práctica médica.
- 14) Que aplica los avances científicos y tecnológicos incorporándolos a su práctica con sentido crítico, colocando los intereses de los pacientes por encima de cualquier otra consideración.
- 15) Que aplica la metodología con enfoque clínico epidemiológico en el ámbito de la investigación científica, buscando siempre nuevos conocimientos para el desarrollo profesional propio y de sus compañeros de profesión, así como, de aquellos en proceso de formación, contribuyendo a la formación, contribuyendo a la difusión y extensión de la cultura médica entre la población.
- 16) Que administra los recursos destinados para la atención de la salud.
- 17) Que actúa dentro de la normatividad que regula su práctica profesional.

XXV. Que el perfil del egresado de la Especialidad Médica en Anestesiología Pediátrica es un profesionalista experto de vanguardia a corto mediano y largo plazo, poseedor de capacidades para resolver los problemas propios de la especialidad y participa en los procesos de gestión y educación en su ámbito profesional. El Perfil de Egreso está conformado por competencias profesionales integradas en dos áreas:

► **Competencias Profesionales Integradas** para resolver los problemas propios de la anestesiología en el pre, trans y posoperatorio, de acuerdo al estado del arte de la medicina:



- 1) Comprende los procesos de investigación y su impacto en la atención integral del paciente quirúrgico, innovando permanentemente los procedimientos (protocolos) de atención en busca de la excelencia.
- 2) Posee capacidades y habilidades humanísticas en el manejo de la incertidumbre, en la relación con los familiares y profesionistas que participan en el equipo quirúrgico.
- 3) Conoce y comprende profundamente las diferentes formas de comunicación y según el escenario emplea con eficiencia la correspondiente tanto con los familiares como con los miembros del equipo de salud.
- 4) Participa activamente en el trabajo colaborativo con amplio conocimiento de la estructura del Sector Salud y sus características operativas para metas instituciones como factor conductor de alto desempeño para mejorar la salud de pacientes y comunidades interrelacionando las funciones de asistencia, docencia, investigación y administrativa en equipos multiprofesionales.
- 5) Desarrolla habilidades y destrezas para el manejo de la informática que le facilite el acceso a la nueva información que enriquezca su práctica profesional en forma permanente.
- 6) Desarrolla capacidades y habilidades de liderazgo que favorezcan el trabajo interdisciplinario y la Tras culturización médica internacional.
- 7) Actúa como consultante de otros especialistas o médicos generales y, previa valoración adecuada y completa del paciente a su cargo, solicitar oportunamente la colaboración de otros especialistas si esto fuera necesario.

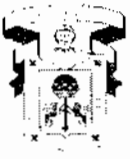
Competencias Profesionales Integradas para participar en los procesos de gestión y educación:

- 1) Comprende y aplica los saberes teórico-prácticos de la administración de las Instituciones de Salud, respetando los principios ético-normativos que impactan en el ejercicio profesional donde participa en el diseño organizacional para incrementar la calidad y eficiencia de los servicios que presta
- 2) Diseña, realiza o colabora en programas educativos dirigidos a su propio desarrollo profesional, participa en la formación de nuevas generaciones en salud e interactúa con el equipo de salud del que forma parte y a los pacientes a su cargo y sus familiares en los programas de educación para la salud.
- 3) Estas competencias profesionales integradas le facilitaran al especialista la movilidad profesional dentro y fuera de México en la búsqueda permanente de la perfección de su ejercicio profesional.

En razón de lo antes expuesto estas Comisiones Permanentes de Educación y Hacienda han encontrado elementos que justifican suficientemente los motivos referidos y

CONSIDERANDO

- I. Que de acuerdo con el artículo 22 de su Ley Orgánica, la Universidad de Guadalajara adoptará el modelo de Red para organizar sus actividades académicas y administrativas. Esta estructura se sustentará en Departamentos agrupados en Divisiones, para el nivel superior.
- II. Que en el marco previsto por la fracción IV del artículo 52 de la Ley Orgánica y en congruencia, la fracción I del artículo 116 del Estatuto General de la Universidad de Guadalajara, corresponde a los Consejos de Centro Universitario aprobar los planes de estudio y programas de docencia investigación, difusión y servicio social del Centro, de acuerdo con los lineamientos generales aplicables; así como dictar normas y disposiciones particulares sobre la modificación, transformación y supresión de programas para la formación de profesionales medios, profesionistas y graduados, respectivamente.



- III. Que la Comisión Permanente de Educación del Consejo del Centro Universitario de Ciencias de la Salud tiene atribuciones de proponer las medidas necesarias para el perfeccionamiento de los programas educativos, las normas pedagógicas y las bases específicas sobre la dirección, organización y administración académica en el Centro Universitario, en los términos previstos por los artículos 8 y 9 fracciones I y III del Estatuto Orgánico de este Centro Universitario.
- IV. Que corresponde al Consejo Universitario de este Centro aprobar los programas de posgrados propuestos por sus Consejos Divisionales, conforme a lo dispuesto por el numeral 14 del Reglamento de General de Planes de Estudio.
- V. Que con base a las fracciones III y V del artículo 54 de la Ley Orgánica, corresponde al Rector del Centro Ejecutar los acuerdos del Consejo de Centro así como promover todo lo que tienda al mejoramiento técnico, académico y patrimonial del Centro Universitario.
- VI. Que en términos de los artículos 3 y 4 del Estatuto Orgánico del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, existen en este Centro las Divisiones de Disciplinas Básicas para la Salud; de Disciplinas Clínicas; y de Disciplinas para el Desarrollo, Promoción y Preservación de la Salud.
- VII. Que el Consejo Divisional como órgano de gobierno de la División tiene, atribuidas por la fracción II del artículo 61 de la Ley Orgánica y por el 138 fracción I del Estatuto General, las funciones de sancionar y proponer al Consejo de Centro la modificación, supresión o modificación de programas de posgrado de la División.
- VIII. Que conforme lo previenen la fracción I del numeral 141 así como lo dispuesto por el artículo 142 del Estatuto General, el Director de División tiene entre sus funciones el promover y apoyar los procesos para la modificación, modificación o supresión de planes y programas curriculares en los que intervenga su División, y el Secretario de la misma, las de auxiliar al Director de División, llevar a cabo sus determinaciones y las que le encomiende el Consejo Divisional.
- IX. Que por su parte los Colegios Departamentales tienen atribuciones para el diseño, ejecución y evaluación de planes y programas académicos, y tienen la atribución de elaborar propuestas de creación, modificación o supresión de planes y programas docentes, de investigación y difusión en los términos de los artículos 64 y 65 fracción II de la Ley Orgánica y 145 fracción VI del Estatuto General.

En virtud de lo anteriormente expuesto y con base en los artículos 1, 5 fracción I, 6 fracción III, 22, 23, 24, 50, 52 fracción IV y 54 fracción III de la Ley Orgánica de la Universidad de Guadalajara ; el 116 fracción I de su Estatuto General, así como por los numerales 2, 5 fracción I y 9 fracción I del Estatuto Orgánico del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, y los artículos 4 y 14 del Reglamento General de Planes de Estudios, es que estas Comisiones estiman presentar la propuesta de creación de la Especialidad en Anestesiología Pediátrica y al efecto se proponen los siguientes

RESOLUTIVOS

PRIMERO. Se aprueba la modificación del programa educativo de la **Especialidad en Anestesiología Pediátrica** a partir del ciclo escolar **2009 A**, adscrito al Departamento de Clínicas de la Reproducción Humana y del Crecimiento y Desarrollo Infantil de la División de Disciplinas Clínicas de este Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Se aprueba el proyecto de creación de la Especialidad que describe de manera amplia sus fundamentos, objetivos, estructura, contenidos y



forma de organización, mismo documento que se anexa al presente dictamen como parte integrante del mismo y que se tiene aquí por reproducido en todas sus partes como si a la letra se insertase.

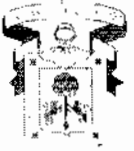
SEGUNDO. El programa educativo de la Especialidad en Anestesiología Pediátrica tiene las áreas de formación, carga horaria y créditos siguientes:

AREAS DE FORMACIÓN	TOTAL DE HORAS	TOTAL DE HORAS DE TEORÍA Y PRÁCTICA			Créditos	%
		TEORÍA	PRÁCTICA			
			C/Tutor	Sin/Tutor		
Especializante obligatoria (Atención Médica)	5,280	480	4,800		330	92
Básico-particular obligatoria (Educación e Investigación Médica)	480	320	160		30	8
TOTALES	5,760	800	4,960		360	100

Área de Formación: Especializante Obligatoria
(Atención Médica)

Atención Médica I

Unidades de Aprendizaje	Clave	Tipo de curso	Total de horas	TOTAL DE HORAS			Créditos	Pre Requisitos
				Teóricas	Prácticas			
					C/T	S/T		
Atención anestésica Integral		S	80	80			5	
Ciencias básicas en Anestesiología Pediátrica		S	80	80			5	
Anestesia por Especialidad I		S	80	80			5	
Trabajo de Atención Médica		P	2400		2400		150	
TOTALES			2640	240	2400		165	



Atención Médica II

Unidades de Aprendizaje	Clave	Tipo de curso	Total de horas	TOTAL DE HORAS			Créditos	Pre Requisitos
				Teóricas	Prácticas			
					C/T	S/T		
Clínica del dolor en pediatría		S	64	64			4	Atención
Medicina crítica en pediatría		S	64	64			4	Médica
Anestesia por Especialidad II		S	64	64			4	Uno
Situaciones especiales en Anestesia Pediátrica		S		48			3	"
Trabajo de Atención Médica		P	2,400		2400		150	
TOTALES			2640	240	2400		165	

Área de Formación: Básico Particular Obligatoria
(Investigación Médica)

Investigación I

Unidades de Aprendizaje	Clave	Tipo de curso	Total de horas	TOTAL DE HORAS			Créditos	Pre Requisitos
				Teóricas	Prácticas			
					C/T	S/T		
Metodología de la Invest. Med. I		CT	48	32	16		3	Estadist.
Protocolo de Invest. Med.I		CT	96	64	32		6	Epidemiol
TOTALES			144	96	48		9	

Investigación II

Unidades de Aprendizaje	Clave	Tipo de curso	Total de horas	TOTAL DE HORAS			créditos	Pre Requisitos
				Teóricas	Prácticas			
					C/T	S/T		
Deontología de la Investigación Médica II		CT	48	32	16		3	
Comunicación de la Investigación Médica II		CT	96	64	32		6	
TOTALES			144	96	48		9	



Área de Formación: Básico Particular Obligatoria (Educación Médica)

Educación I

Table with 8 columns: Unidades de Aprendizaje, Clave, Tipo de curso, Total de horas, TOTAL DE HORAS (Teóricas, Prácticas C/T, S/T), Créditos, Pre Requisitos. Rows include 'Teorías y modelos educ.', 'Estrategias de apren. y manejo de grupos', and 'TOTALES'.

Educación II

Table with 8 columns: Unidades de Aprendizaje, Clave, Tipo de curso, Total de horas, TOTAL DE HORAS (Teóricas, Prácticas C/T, S/T), Créditos, Pre Requisitos. Rows include 'Diseño de programas de Educ. para la salud', 'Evaluación de programas de educación para la salud', and 'TOTALES'.

Descripción de las Áreas de Formación:

- a) Especializante obligatoria: incluye todo el quehacer de la Atención y trabajo Médico, permea toda la formación del especialista...
b) Básico Particular Obligatoria: incluye el quehacer de Investigación y Educación Médica. Se basa en las estrategias para la búsqueda y producción de nuevos conocimientos...

TERCERO. Los requisitos de ingreso a la Especialidad en Anestesiología Pediátrica, además de los previstos por la normatividad universitaria, serán los siguientes:

- ✓ Contar con Título de Anestesiólogo expedido por la Universidad de Guadalajara o por Universidad de reconocido prestigio.
✓ Aprobar las Evaluaciones realizadas por las Unidades Receptoras Sede de Médicos Residentes en Formación.
✓ Tiempo exclusivo para realizar los estudios de la especialidad.
✓ Capacidad y suficiencia ética y moral en su profesión.



- ✓ Demostrar interés en la investigación y la docencia
- ✓ Mexicano. De ser extranjero o tener estudios de la especialidad en anestesiología en el extranjero, deberá revalidar sus estudios ante la Secretaría de Relaciones Exteriores.

CUARTO. Los requisitos de permanencia, además de los establecidos por la normatividad universitaria, son los siguientes:

- ✓ Aprobar los avances de su trabajo de investigación de acuerdo a los criterios particulares de las instancias establecidas en cada unidad sede.
- ✓ Presentar y aprobar examen anual de conocimientos aplicados por el Centro Universitario de Ciencias de la Salud a través de la Junta Académica de la Especialidad.
- ✓ Tener un promedio mínimo de 80 por ciclo. (Capítulo III, artículo 65 de la Evaluación y Calificación, Reglamento General de Posgrado de la Universidad de Guadalajara).

QUINTO. Los requisitos de egreso, además de los establecidos por la normatividad universitaria y de cumplir con las competencias profesionales teóricas, prácticas y formativas, señaladas en el programa, el alumno deberá de cumplir con los siguientes requisitos:

- ✓ Haber aprobado la totalidad de las unidades de aprendizaje del programa de estudios, logrando una calificación promedio aprobatoria de 80 (ochenta).
- ✓ Haber cumplido totalmente los requisitos de ingreso y permanencia de la especialidad en Anestesiología Pediátrica a lo largo de los 24 meses de duración del programa.
- ✓ Aprobar el examen del Consejo Mexicano de Anestesiología.
- ✓ Obtener la aprobación del trabajo de Investigación.
- ✓ Defender y aprobar trabajo de tesis.
- ✓ No haber estado bajo situaciones que incidan en su rendimiento y que hayan sido analizadas por el cuerpo de profesores y coordinadores del curso.
- ✓ Haber cumplido con las normas de conducta propias de la Profesión Médica (Negligencia Médica).

SEXTO. Deberá cumplir con los requisitos de egreso para obtener la titulación de Médico Especialista en Anestesiología Pediátrica.

SÉPTIMO. Son criterios que ocasionan baja automática de la Especialidad en Anestesiología Pediátrica los siguientes:

- ✓ No acreditar una unidad de aprendizaje
- ✓ Presentar un promedio menor de 80 en algún ciclo académico durante todo el programa.
- ✓ No dedicarse de tiempo exclusivo a las tareas de la Especialidad, corroborado por la planta académica de profesores.
- ✓ Mostrar conducta inadecuada en el trato a los pacientes, compañeros y profesores.

OCTAVO. El plan de estudios de la Especialidad en Anestesiología Pediátrica, tiene una duración de 2 años y el costo de la matrícula por cada ciclo escolar será la estipulada por el arancel vigente de la Universidad de Guadalajara, tanto para estudiantes nacionales como para estudiantes extranjeros, así como los propios de la institución receptora. Para abrir una promoción del programa, el máximo y el mínimo de alumnos será el número de plazas que se autoricen en cada unidad sede.



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

NOVENO. Facúltese al Rector del Centro Universitario de Ciencias de la Salud para que con las atribuciones que le confiere el artículo 54 de la Ley Orgánica en su fracción I, y en cumplimiento de las funciones que le asigna el artículo 120 del Estatuto General de la Universidad de Guadalajara en su fracción V, remita este dictamen como una resolución del máximo órgano de gobierno del Centro Universitario de Ciencias de la Salud y a su vez la presente ante el Consejo General Universitario.

A T E N T A M E N T E
"PIENSA Y TRABAJA"
Guadalajara, Jalisco, 10 de Octubre del 2008.

MTRO. VÍCTOR MANUEL RAMÍREZ ANGUIANO
PRESIDENTE

COMISIÓN DE EDUCACIÓN

DR. EN C. OSMAR JUAN MATSUÍ SANTANA

MTRO. BAUDELIO LARA GARCÍA

MTRA. MERCEDES GONZÁLEZ GUTIÉRREZ

C. HUGO RAFAEL ACEVES SANDOVAL

COMISIÓN DE HACIENDA

DR. HÉCTOR RAÚL PÉREZ GÓMEZ

MTRO. VICENTE NICOTENCATL MOLINA OJEDA

DRA. GABRIELA GUADALUPE CARRILLO NÚÑEZ

C. VÍCTOR TORRES CASTELLANOS

MTRO. ROGELIO ZAMBRANO GUZMÁN
SECRETARIO



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/

CONSEJO DE CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

Acta de la Sesión Extraordinaria H. Consejo de Centro Universitario de Ciencias de la Salud Octubre 15, 2008

La sesión dio inicio a las 10:00 horas del día 15 de Octubre del 2008 en el Auditorio Ramón Córdova de este Centro Universitario y contando con la presencia de 39 Consejeros, el Presidente Mtro. Víctor Manuel Ramírez Anguiano, declara la existencia de quórum y pone a consideración de los Consejeros la siguiente

ORDEN DEL DÍA

- I. LISTA DE PRESENTES Y DECLARATORIA DE QUÓRUM.
- II. PROPUESTA DEL ORDEN DEL DÍA.
- III. LECTURA Y APROBACIÓN EN SU CASO, DE LAS ACTAS DE LA SESIONES ANTERIORES.
- IV. PRESENTACIÓN Y EN SU CASO, APROBACIÓN DE DICTÁMENES DE LAS COMISIONES PERMANENTES.
- V. LECTURA Y APROBACIÓN DEL DICTAMEN DE LA COMISIÓN ELECTORAL POR EL QUE SE CALIFICA DE LEGAL Y VÁLIDA LA ELECCIÓN DE CONSEJEROS ANTE EL H. CONSEJO GENERAL UNIVERSITARIO Y EL H. CONSEJO DE CENTRO PARA EL PERIODO 2008-2009.
- VI. ASUNTOS VARIOS.
- VII. CIERRE DE LOS TRABAJOS DEL PERIODO 2007-2008.

El **Mtro. Víctor Manuel Ramírez Anguiano**, Presidente del Consejo, solicita a los miembros del consejo, la aprobación de la orden del día o si hubiera algún comentario al respecto, favor de manifestarlo. No habiendo comentarios al respecto, se aprueba en votación económica y por unanimidad de votos.

A continuación el Presidente menciona que en virtud de que las actas de las sesiones anteriores, correspondientes a la conclusión de la sesión permanente iniciada el 29 de julio y clausurada el 22 de agosto, así como la del 02 de septiembre, ambas del año en curso y que fueron entregadas junto con el citatorio respectivo de esta sesión para su conocimiento e igualmente fueron instaladas en la página web del Centro Universitario para que todos ustedes la pudieran conocer, y pregunta si son de aprobarse o en su defecto si hubiera algún comentario al respecto. No habiendo ningún comentario a las actas de las sesiones anteriores, se aprueban en votación económica y por unanimidad de votos.

Enseguida tendremos la lectura, discusión y aprobación de los dictámenes de las distintas comisiones permanentes de este Consejo, por lo que solicito al señor Secretario la lectura de los dictámenes.

COMISIONES CONJUNTAS DE EDUCACIÓN Y DE HACIENDA

1. **Dictamen No. 5794/2008 por el cual se aprueba la creación del Programa Educativo de la Especialidad en Genética Médica, para operar bajo el sistema de créditos, profesionalizante y modalidad presencial a partir del calendario 2009 "A", adscrita al Departamento de Clínicas**

Acta de la Sesión Extraordinaria del
Consejo de Centro Universitario de Ciencias de la Salud
15 de Octubre del 2008, 10:00 horas.

1

mvl*



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/

CONSEJO DE CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

Médicas de la División de Disciplinas Clínicas.

El Mtro. Rogelio Zambrano Guzmán, Secretario del Consejo da lectura a los resolutivos del dictamen.

El Presidente del Consejo pone a la consideración de los señores consejeros el dictamen de referencia y pregunta si hubiera alguna consideración al mismo.

El Dr. José Z. Parra Carrillo expone, tengo una observación que ya hemos hechos, en el texto se habla tanto para la permanencia como para acreditarse de "tiempo completo", por definición tiempo completo son 8 horas, quiere decir que el residente sólo tiene que estar 8 horas en el hospital, habitualmente como es contrato beca lo que tiene los residente son de tiempo exclusivo, esto implica que no pueden tener otro trabajo, no pueden estar en otro lado, que estarán a disposición a cualquier horario, creo que si el dictamen establece tiempo completo, por definición no les podrán dejar guardias, ni más allá de 40 horas por semana de trabajo efectivo, cosa que no va con las residencias en las especialidades, es una observación en las residencias son contratos beca y por lo tanto no son tiempos completos, son tiempos exclusivos.

El Presidente del Consejo señala, efectivamente está usted en lo correcto Dr. Parra, en lugar de "tiempo completo" se corregirá y se le pondrá "tiempo exclusivo". Y esta modificación se hará a todos los dictámenes de especialidades que hoy estaremos poniendo a su consideración.

También quiero comentar que esta especialidad es una propuesta de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud del Gobierno Federal, en donde la Universidad de Guadalajara está representada y es una propuesta de creación, nueva especialidad, si mal no recuerdo en este momento en Jalisco sólo tiene su base en los Hospitales Civiles esta especialidad.

Con esta modificación que el Dr. Parra hace, les pregunto si hubiera alguna otra consideración al dictamen. No habiendo más observaciones se aprueba en votación económica y por unanimidad de votos

- 2. Dictamen No. 5795/2008 por el cual se aprueba la creación del Programa Educativo de la Especialidad en Gastroenterología Pediátrica y Nutrición, para operar bajo el sistema de créditos, profesionalizante y modalidad presencial a partir del calendario 2009 "A", adscrita al Departamento de Clínicas de Reproducción Humana y del Crecimiento y Desarrollo Infantil de la División de Disciplinas Clínicas.**

El Mtro. Rogelio Zambrano Guzmán, Secretario del Consejo da lectura a los resolutivos del dictamen.

El Presidente del Consejo pone a la consideración de los señores consejeros el dictamen de referencia y pregunta si hubiera alguna consideración al mismo.

El Dr. Jaime Andrade Villanueva señala, una pregunta ¿en los criterios de ingreso está como requisito el haber realizado la Especialidad en Pediatría?

El Presidente del Consejo señala, efectivamente sí está, dice: Médico Especialista en Pediatría Médica.



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/

CONSEJO DE CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

El **Mtro. Álvaro Cruz González** menciona, es una cuestión semántica con respecto al nombre de la especialidad, si esto contraviene a alguna de las normas que ya estableció el CIFRHS tendría que obviarse mi comentario, pero mi comentario es que se refiere a la nutrición y a la gastroenterología de los niños, entonces de acuerdo al objeto de estudio, desde mi punto de vista muy particular debería de ser "gastroenterología y nutrición pediátrica" o "nutrición y gastroenterología pediátrica", porque pediátrica es lo que califica que son las dos áreas tanto la nutrición como la gastroenterología, porque con el título que tiene se puede pensar que se estudiará la gastroenterología pediátrica y la nutrición en lo general, es sólo una cuestión semántica. Si ya estuviera dictaminado y establecido en CIFRHS tenemos que ajustarnos a los criterios nacionales, pero si no, tomar ésto a consideración.

La **Mtra. Mercedes González Gutiérrez** miembro de la Comisión de Educación señala, de acuerdo al catálogo de la CIFRHS que fue publicado en marzo del 2008, y el nombre como está en el catálogo es "gastroenterología y nutrición pediátrica", entonces así es como debe quedar.

El **Presidente del Consejo** solicita a los miembros del Consejo de Centro su autorización para que el Dr. Eusebio Angulo Castellanos pueda hacer uso de la palabra y quien es el Coordinador de Especialidades y quien tiene bajo su responsabilidad coordinar todos estos esfuerzos de oficialización de las especialidades de las ciencias de la salud. Los señores consejeros autorizan, en votación unánime, el uso de la voz del Dr. Eusebio Angulo Castellanos.

El **Dr. Eusebio Angulo Castellanos** expone, solamente decirles que en el 2005 se inició un trabajo increíble, perseverante, de un grupo encabezado por la Mtra. Mercedes González, por la Mtra. Irma Susana Pérez García y por el Mtro. Jesús Huerta Amezola y con el Dr. Arturo Plascencia, este trabajo logró consolidar una nueva vertiente educativa en los programas de especialidades por competencias profesionales, en este momento nosotros tenemos en el Centro Universitario 54 especialidades, de estas 6 son odontológicas y 48 son médicas, de esas 54 tenemos 17 en el Programa Nacional de Posgrados de Calidad, han llegado a esa instancia y con el reconocimiento que se les da en lo económico y en lo académico, dado que se han evaluado entre otras cosas los nuevos programas y para estos nos hemos dado a la tarea desde el inicio del trabajo de nosotros, de hacer el trabajo junto con el Mtro. Zambrano y con su equipo de trabajo, para lograr que transiten desde con los Colegios Departamentales y en el Consejo Divisional, y en este momento tenemos 15 programas que ya pasaron por este cuerpo colegiado y están en el Consejo General Universitario en vías de ser sancionados y en este momento el señor Rector está haciendo los trámites, dado que tiene un perfil educativo similar y es la variante mas que los contenidos, están por aprobarse en una sola sesión, y a la zaga estamos con estos programas si hoy ustedes tienen a bien aprobar para que pasen seis programas más al Consejo General Universitario, por supuesto que no hemos terminado es una tarea titánica, nos faltan tenemos que llegar a que los 54 programas, uno tengan dictamen universitario y dos que los tengamos en el SIIAU, que es un trabajo que estamos haciendo colateralmente con la Coordinación de Control Escolar del Centro y con el Mtro. Roberto Rivas de la Coordinación General de Control Escolar. Que porqué se están pasando aquí, por dos circunstancias, una porque los programas ya existentes se integraron para modificarse por competencias y hemos estado proponiendo, como ahora se está comentando y se está haciendo la propuesta a ustedes, después de que lo evaluó las Comisiones respectivas de este Consejo de Centro, programas nuevos, como es Dermatología Pediátrica, Gastroenterología Pediátrica y Nutrición, y tenemos varios programas, Genética es un programa de reciente creación, Medicina Materno Fetal, es un programa que tiene como sede el Hospital Civil "Dr. Juan I. Menchaca", y podría decirles más que estarán por llegar en las próximas sesiones a su consideración para su sanción correspondiente.



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/

CONSEJO DE CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

Es lo que estamos haciendo en la Coordinación, pretendemos más allá de los 17 que tenemos en CONACyT, proponer, hoy nos hemos constituido en un ícono, ya tuvimos un encuentro con la Universidad de Guanajuato, estamos siendo solicitados y hemos contestado de manera asertiva a la universidad para asesorarlos porque están con la incógnita de que cómo le hicimos para tener 17 programas en el PNP de CONACyT, así estamos y pronto pondremos a su consideración más programas para su sanción y podamos contar con el dictamen final del H. Consejo General Universitario y ser una de las universidades en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud, en el contexto nacional, de las que más calidad tenemos en nuestros programas y de lo cual nos sentimos muy orgullosos. Reconocemos también el invaluable apoyo que nos ha dado el señor Rector, pero nos está pidiendo cuentas y estamos haciendo un esfuerzo con todo el equipo de especialidades, con la Mtra. Mercedes González que no ha escatimados esfuerzos, con el equipo del Mtro. Zambrano, con la División de Clínicas, con los Colegios Departamentales, agradecer a todos ellos porque nos ha permitido que sea diligente y fluida el ejercicio de estas especialidades.

El **Dr. Jaime Andrade Villanueva** menciona, coincido perfectamente con lo que dice el Dr. Angulo, el esfuerzo que se está haciendo para incorporar cada vez un mayor número de programas al PNP, sin embargo me parece que la Universidad y en particular el Centro Universitario tiene bastantes programas de especialidades médicas en las diferentes instituciones de salud y me parece que es algo que ya lo había comentado en Junta Divisional, es importante establecer una estrategia para involucrar más a la Universidad en la regulación de las especialidades médicas, ya que necesitamos que los programas sean supervisados, que los alumnos sean evaluados, porque en algunas sedes los pases de un año a otro se hacen en automático y me parece que esto no está bien, hay algunas instituciones que si llevan sus programas de manera regular y es importante vigilar que los programas académicos se lleven a cabo como está establecido dentro del propio programa académico de cada especialidad, es evidente que la preparación y las habilidades particularmente técnicas de todos nuestros egresados son excelentes, independientemente de la institución pública donde esté realizando su especialidad, pero creo que desde el punto de vista académico podemos complementarlo, no solamente bien el programa académico, si no una propuesta adicional que había platicado con el propio Dr. Angulo y es que el alumno que está haciendo la especialidad pueda cursar dos programas académicos a la vez, esto es una maestría, porque pueden llevar los créditos teóricos, por ejemplo en la tarde, y ser como en la UNAM que el alumno pueda salir con maestría-especialidad al mismo tiempo y esto facilita la realización de su protocolo de investigación en el tiempo que está realizando su especialidad médica.

El **Mtro. Baudelio Lara García** aclara, en los criterios de permanencia se habló también de tiempo completo, si es así se tiene que corregir a tiempo exclusivo.

La **Mtra. Mercedes González Gutiérrez**, en cuanto al comentario del Dr. Jaime Andrade, me gustaría decirles que hemos estado trabajando en un programa de maestría, para lanzarlo de esa forma como él lo está proponiendo, ahí está el programa, sería cuestión de ver quien lo puede revisar, es un programa que tiene como año y medio que lo terminamos, para trabajarlo con maestría para aquellos alumnos que acepten el reto de poder hacer eso doble trabajo y esfuerzo y si no sólo la especialidad, ahí está el programa y está en la Coordinación de Especialidades.

El **Dr. Osmar Matsui Santana** comenta, para esta situación de que puedan cursar especialidad y maestría al mismo tiempo, habría que cambiar la normatividad universitaria que no permite cursar dos programas educativos al mismo tiempo, es una situación se venía venir y que también tratamos en la tercera división desde a finales de los 90 y que precisamente se paró porque la



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/

CONSEJO DE CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

normatividad no lo permite, creo que en los cambios de la Universidad es un punto que se debe de estar revisando ahora que se viene todas estas modificaciones de los aspectos universitarios en general y que se pueda hacer como se hace en otras universidades nacionales e internacionales.

El **Dr. Miguel Roberto Kumazawa Ichikawa** expone, esta situación que plantea el Dr. Andrade ya ha sido tema de muchas discusiones en relación a poder llevar a cabo la especialidad y la maestría al mismo tiempo, la situación es que la especialidad como se menciona en el programa es de tipo profesionalizante, la cuestión es que le da la oportunidad al profesional que está haciendo la especialidad y se enfocan a lo que es la medicina asistencial, porque a muchos de ellos no les interesa la investigación, lo que les interesa es tener los conocimientos para llevar a cabo la especialidad, en cambio si forzamos a hacer la especialidad y la maestría es algo que quizás no esté dentro de los objetivos dentro de los candidatos a la especialidad, hay que manejarlo con varias horas de discusión para tratar de satisfacer las dos situaciones.

El **Dr. Jaime Andrade Villanueva** menciona, efectivamente como dice el Dr. Matsui la normatividad no lo permite, pero el tiempo es oportuno para hacer una propuesta de modificación y esto permitirá que nuestros alumnos no se queden a la zaga porque este tipo de un doble programa se está dando en la ciudad de México perfectamente y en relación con lo profesionalizante como dice usted Mtro. Kumazawa efectivamente tiene esa orientación, no sería obligatorio, no es que los alumnos tengan que cursar la maestría y la especialidad al mismo tiempo y como lo decía la Mtra. Mercedes González sería una propuesta de que aquellos alumnos que deseen cursarla tenga la oportunidad de hacerlo y si les queda tiempo a los alumnos de tomar los créditos teóricos dentro de la misma especialidad y sería en los tiempos que no hace guardia y hacer su protocolo o su proyecto de investigación les facilitaría mucho en el tiempo de la especialidad, pero no sería obligatorio, sería si el alumno toma esa opción.

El **Dr. Juan Armendariz Borunda** comenta, la experiencia en el Doctorado de Biología Molecular que se inició formalmente en el 94 nos dice, y ha sido un antecedente histórico, que por lo menos 6 médicos especialistas que en su momento estaban cursando una especialidad incluso ingresaron directo al doctorado y las experiencias nos dicen que de esos 6 especialistas se graduaron como especialistas y ahora tienen su doctorado desde hace un buen tiempo y no sólo eso, si no que incursionaron de manera natural en la investigación de mutuo propio, y ahora todos ellos son miembros del Sistema Nacional de Investigadores, es un claro ejemplo de que si puede funcionar, claro con la voluntad propia de los candidatos y sobre todo porque se adelantan los tiempos, porque ahora ya tenemos especialistas, doctores y miembros del SNI.

El **Presidente del Consejo** expone, podría ser un ejercicio interesante y un área de oportunidad para quienes buscan un diploma de especialidad que tuvieran la opción de poder cursar al mismo tiempo una maestría, si de por si actualmente el requisito para el diploma de la especialidad es exclusividad, pues bien pueden, hasta donde yo conozco la operación de las unidades hospitalarias, terminar una maestría, que puede ser profesionalizante o de investigación, como sea, si ya tenemos el proyecto terminado y probablemente faltará actualizarlo y afinarlo, sería muy interesante que los estudiantes a una especialidad pudieran optar, desde luego habrá que modificar la norma en la Universidad de Guadalajara para que pudiera darse eso y pudieran al mismo tiempo cursar la especialidad y la maestría, si están los tiempo dados, porque a propósito de la descentralización que se viene, la reforma universitaria que está en puerta donde se hablará sobre el Plan de Desarrollo Institucional hasta el 2030 y donde se discutirá el modelo educativo que nos tenemos que dar los universitarios y donde se discutirá también el tipo de universidad



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/

CONSEJO DE CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

que queremos para los próximos años, creo que están dadas las condiciones para que en este campus, que cada día tendrá más autonomía como todos los demás campus, podamos por la especificidad de este centro temático pudiéramos tener esa doble titulación en ciertas áreas que sería las médicas y las odontológicas y quizás en un futuro las de enfermería y también otras áreas disciplinares de las ciencias de la salud.

El **Dr. Arturo Plascencia Hernández** expresa, solamente para hacer una puntualización a este proyecto, porque el asunto es que no son programas diferentes, haría falta sumarle que es un programa concurrente de especialidad con maestría y doctorado y la palabra concurrente tiene un fundamento en donde se identifica, de acuerdo al CONACyT, los tres perfiles, las especialidades que es la interpelación y la aplicación de los conocimientos aunque se generen en otro lugar del mundo, las maestrías que es donde los jóvenes se inician en los procesos de investigación y la aplicación más profunda de los conocimientos y obviamente el doctorado que es el perfil eminentemente de innovación y generación de conocimientos nuevos. El punto es que se deben de tomar en cuenta las especialidades en cualquier área de la salud, como los créditos básicos de la propia especialidad y se adicionan los créditos correspondientes con profundidad metodológicos y epistemológicos solamente sería una sumatoria, en conclusión el comentario es que son las especialidades más los créditos que se definan, porque ya están definidos en este proyecto, adicionales para obtener el grado de maestría o bien inclusive hasta el doctorado, inclusive con la posibilidad de que las becas que se otorgan para las especialidades, existe la posibilidad formal en la CIFRHS hacer una extensión de las becas por si acaso no concluye o concluya primero el diploma de la especialidad y luego para continuar con la maestría inclusive hasta el doctorado, eso sería interesantísimo y muy benéfico para el Centro Universitario y para las unidades hospitalarias.

El **Presidente del Consejo** menciona, como veo que hay consenso en cuanto que sería muy pertinente tener ya viable a muy corto plazo una maestría para quienes pudieran estar cursando una especialidad, su servidor como representante de este Centro Universitario convocaré en breve a una reunión de trabajo a las diferentes áreas, Directores de División, Coordinación de Posgrado, Coordinación de Especialidades, la Comisión de Educación y diferentes instancias que consideremos pertinentes para trabajar alrededor de una iniciativa que pueda en breve tener una maestría con todas las características que ustedes han comentado y que pudiéramos agrupar las especialidades dependiendo de su disciplina.

El **Dr. José Z. Parra Carrillo** menciona, probablemente no estoy entendiendo bien, me da impresión de que vamos a preparar una maestría para ellos, me da la impresión que eso no es lo deseable, tenemos que darles la oportunidad de que cursen las maestrías existentes, porque un residente, por decir algo está haciendo la especialidad de pediatría pueda hacer una maestría en genética y eso es lo que le interesa, le interesa la maestría o el doctorado u otro la quiere hacer en biología molecular, otro lo querrá hacer en epidemiología, otro el interés en hacer la maestría pudiera ser en investigación clínica, me parece que lo que se debe y si entendí bien lo que proponía el Dr. Plascencia, es que tenga la oportunidad de llevar una maestría concurrente llevando los créditos correspondientes para que pudiera simultáneamente terminar las dos, no me da la impresión que deba ser una sola maestría única para todos los residentes de especialidades, entonces tendríamos que hacer una supermaestría o un superdoctorado, para que pudieran llevar todos los intereses que los alumnos puedan tener, me parece que debería permitir la concurrencia de una que él elija de acuerdo a los intereses profesionales de especialidad y de desarrollo futuro en su campo, puede ser hasta en salud pública porque no, no porque sea un médico especialista no pueda hacer una Maestría en Salud Pública.



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/

CONSEJO DE CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

El **Mtro. Álvaro Cruz González** señala, creo que lo primero como sugerencia, sería que se avocase el Consejo a través de sus Comisiones en la propuesta al H. Consejo General Universitario al cambio de la normatividad legal hacia que curse dos programa eso sería lo primero, y al mismo tiempo se puede trabajar en que si fuera una maestría o dos concurrente.

El **Presidente del Conejo** menciona, es precisamente la convocatoria que haría su servidor la próxima semana para empezar a discutir y analizar este asunto que da para muchas horas de trabajo, de reflexión, de análisis y ver que es lo que más nos conviene y con esa metodología que está diciendo el Mtro. Álvaro Cruz.

El **Dr. Miguel Roberto Kumazawa Ichikawa** menciona, hay que tomar en cuenta de llegarse a la propuesta que se está haciendo es en los programas específicos de las especialidades en su momento, manejar el tiempo exclusivo que ya se ha mencionado, dado que si es tiempo exclusivo para la especialidad no cabe hacer otra cosa.

El **Presidente del Consejo** señala, habrá que reflexionar al respecto. No habiendo más comentarios a este dictamen, les pregunto si hubiera alguna otra consideración. No habiendo más observaciones se aprueba en votación económica y por unanimidad de votos.

3. **Dictamen No. 5796/2008 por el cual se aprueba la creación del Programa Educativo de la Especialidad en Dermatología Pediátrica, para operar bajo el sistema de créditos, profesionalizante y modalidad presencial a partir del calendario 2009 "A", adscrita al Departamento de Clínicas de Reproducción Humana y del Crecimiento y Desarrollo Infantil de la División de Disciplinas Clínicas.**

El **Mtro. Rogelio Zambrano Guzmán**, Secretario del Consejo da lectura a los resolutivos del dictamen.

El **Presidente del Consejo** pone a la consideración de los señores consejeros el dictamen de referencia y pregunta si hubiera alguna consideración al mismo.

El **Dr. Rodolfo Jiménez Iturrios** menciona, si se observa en los dictámenes de esta mañana, se darán cuenta que 4 se refiere a algo de pediatría y quisiera que se considerará el aspecto geriátrico, ya que todos los que estamos aquí pasamos de 40 años y se nota que la geriatría urge. Creo que la genética médica, que es el primero que se sancionó, no se detectarán muchas cosas geriátricas.

El **Dr. Jaime Andrade Villanueva** señala, estos son programas de nueva creación del CIFRHS que son especialidades de pediatría y en el asunto de geriatría es una especialidad que está aprobada y que tiene sede en diferentes instituciones del sector salud, ya se está llevando a cabo.

El **Presidente del Consejo** comenta, tenemos el Doctorado en Gerontología y la Especialidad en Geriatría, tenemos Enfermería Geriátrica, tenemos Gerontología. No habiendo más observaciones al dictamen se aprueba en votación económica y por unanimidad de votos.

4. **Dictamen No. 5809/2008 por el cual se aprueba la creación del Programa del Diplomado en Baile de Salón: Una Estrategia de Mejora en la Calidad de Vida, adscrito al Departamento de Ciencias del Movimiento Humano, Educación, Deportes, Recreación y Danza de la División de**



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/

CONSEJO DE CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

Disciplinas para el Desarrollo, Promoción y Preservación de la Salud.

El **Mtro. Rogelio Zambrano Guzmán**, Secretario del Consejo da lectura a los resolutivos del dictamen.

El **Presidente del Consejo** pone a la consideración de los señores consejeros el dictamen de referencia y pregunta si hubiera alguna consideración al mismo.

El **Dr. José Z. Parra Carrillo** expone, quiero felicitar a los que proponen esto, en esta etapa cuando la encuesta nacional de salud nos está diciendo que el 70% de los adultos en México padecemos de obesidad o de sobrepeso, cualquier estrategia como ésta que conlleve, además de una manera tan agradable, el hacer el ejercicio, el hacer que las personas se involucren y lo transmitan es realmente no tan solo una situación pues para desahogarnos o divertirnos, es realmente una situación de salud que favorece a la salud tanto física como mental de los que lleven este diplomado, por lo que me parece es un programa desde mi punto de vista totalmente deseable y ojalá tuviéramos más estrategias diferentes para obligar a la población y llevarla a una mejor calidad de vida, mejor ejercicio y desde luego con esto evitaríamos mucho de lo que es el panorama terrible que nos espera del gran crecimiento de la enfermedad crónica degenerativa. Me adhiero totalmente a la aprobación de este dictamen.

El **Lic. Raúl Yáñez de la Cruz** plantea, porque limitarlo a baile de salón, tengo entendido que en términos populares ni el merengue ni la cumbia son ritmos de salón, porque limitarlo y no abrirlo solo a baile.

El **Mtro. Raúl Arízaga Ibarra** responde, las formas de clasificación de las distintas danzas y bailes son influenciadas por varios elementos en este caso la orientación va claramente a ritmos y tendencias latinas que son clasificadas por algunos teóricos como bailes de salón, básicamente son las áreas en las que se pretende, y no son todos los ritmos latinos y no son todas las tendencias, pero es la propuesta con la que el principal coordinador del programa que trabajó en el proyecto y nos expuso y bajo el principio de que la función hace el órgano para mover el cuerpo pueden ser muchas formas y la manifestación artística es una de las grandes formas.

El **Presidente del Consejo** expone, o está limitado a baile de salón, es un módulo en donde se trabajará sobre apreciación artística sobre el baile de salón pero en los siete módulos restantes no se señala que sea únicamente bailes de salón. Una de las primeras formas de comunicación de los humanos fue a través del baile y del canto y efectivamente también coincidimos con el Dr. Parra, es una manera muy natural yo diría y muy primaria, de mantenernos saludables y de prevenir cualquier tipo de problema de salud, que ahora con todos los prejuicios que nuestras culturas nos han dado a todos, a unos más a otros menos, nos de vergüenza hasta bailar, que no sepamos bailar o que no queramos bailar es otra cosa, pero considero que sí hay mucha información al respecto de que es una manifestación artística, cultura que ayuda a preservar la salud y creemos que es una acertada propuesta de este Departamento que pertenece a la tercera División, por lo cual también los felicitamos y esperamos la participación de todos, unos para bajar de peso y otros para enseñarnos a bailar y otros para preservar nuestra salud.

La **Dr. Patricia Lorelei Mendoza Roaf** expresa, sólo para hacer una aclaración, la propuesta que se hizo es que se llame "Diplomado en Baile: Una Estrategia de Mejora en la Calidad de Vida" solamente, que se le quite lo de salón?



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/

CONSEJO DE CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

El **Presidente del Consejo** señala, efectivamente es la propuesta inicial, sólo el nombre del diplomado y si no hay ningún inconveniente por parte de la División y del Departamento que lo propuso.

El **Dr. Pedro Reynaga Estrada** indica, respecto a la propuesta de cambiar el nombre, creo que también debemos tomar en consideración del autor intelectual del proyecto el Mtro. Alejandro, que ojalá hubiera estado aquí para que pudiera argumentar al respecto, no se qué sustento teórico pueda tener y pensaría que lo propusiéramos, que lo planteáramos como propuesta y si el grupo que conforma la propuesta del diplomado está de acuerdo, si no hay ningún inconveniente así se haga y si no que se argumentara.

El **Dr. Osmar Matsui Santana** señala, de la misma forma considero que esos ritmos que se van a tratar son considerados bailes de salón, porque hay otro tipo de bailes que no abarcará, entonces el nombre de "diplomado en baile" quedaría muy amplio para los ritmos que se tratarán.

El **Presidente del Consejo** señala, efectivamente falta otra serie de bailes que son en espacios abiertos y estos bailes que se proponen si son de salón. Entonces tenemos dos propuestas, salvo que la retire quien la propuso si le queda suficientemente claro o quiere que la sometamos a votación.

El **Lic. Raúl Yáñez de la Cruz** menciona, "diplomado en baile" sería totalmente lo adecuado, porque me parece bastante limitante baile de salón, incluso puedo considerar que la cumbia no es un ritmo de salón, es una de las manifestaciones populares que vienen de Colombia y que no precisamente se ejecutaban en los salones, si no en las calles, en las plazas.

El **Mtro. José de Jesús Gutiérrez Rodríguez** expone, sólo para solicitar que se apruebe en lo general y que se consulte con los creadores del proyecto si ellos consideran indicado cambiarle el nombre en función de las argumentaciones que se han dado aquí.

El **Presidente del Consejo** indica, lo aprobamos en lo general, se consulta con los autores, como bien lo señaló el Dr. Reynaga y si está sustentado y correcto el nombre del diplomado le damos el copy right a quien lo propuso. Se vota en general, si es de aprobarse este diplomado favor de manifestarlo. No habiendo más observaciones al dictamen se aprueba en lo general en votación económica y por unanimidad de votos.

5. **Dictamen No. 5810/2008 por el cual se aprueba la modificación del Programa Educativo de la Especialidad en Anestesiología Pediátrica, para operar bajo el sistema de créditos, profesionalizante y modalidad presencial a partir del calendario 2009 "A", adscrita al Departamento de Clínicas de Reproducción Humana y del Crecimiento y Desarrollo Infantil de la División de Disciplinas Clínicas.**

El **Mtro. Rogelio Zambrano Guzmán**, Secretario del Consejo da lectura a los resolutivos del dictamen.

El **Presidente del Consejo** pone a la consideración de los señores consejeros el dictamen de referencia y pregunta si hubiera alguna consideración al mismo.



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/

CONSEJO DE CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

El **Dr. Guillermo Julián González Pérez** manifiesta, una pregunta que me surge escuchando otros dictámenes, en los requisitos de ingreso dice, mexicano, si es extranjero revalidar los estudios, pero si es mexicano e hizo los estudios en el extranjero o si es extranjero y hace los estudios en México, no sería diferente eso, es una pregunta, porque en realidad lo que hay que revalidar son los estudios, no la nacionalidad.

El **Presidente del Consejo** indica, efectivamente tiene usted razón, se modificará para que quede mejor redactado y esta corrección se hará en todos los dictámenes de especialidades.

La **Dra. Sylvia Elena Totsuka Sutto** expone, me queda una duda con respecto si estamos hablando del sistema de créditos y estamos hablando de programas por competencias estamos hablando de semestres, porque en este programa mencionan semestres, y en los anteriores programas estamos hablando de créditos y están cubriendo el total de créditos, como que hay algún problema de redacción, y la otra es los mínimos y los máximos de ingreso, porque por ejemplo aquí hablan de un máximo de dos y en otros hablan de mínimo dos y máximo cuatro, son diferentes o se aceptan homogéneamente, quedaría la duda con respecto a créditos y semestres.

La **Mtra. Mercedes González** aclara, respecto a lo de máximo o mínimo de alumnos, por un lado eso lo determinan los coordinadores de acuerdo a la infraestructura con que cuenta cada institución, entonces lo que se hizo cuando son varias unidades sedes se acoplan a un promedio para dar respuesta a las necesidades particulares de cada una de las sedes, por eso se pone mínimo 2, máximo 4, hay algunos que sólo admiten 3, según la unidad sede. En este caso no pueden admitir más y únicamente la sede es en el Hospital Civil de Guadalajara y la infraestructura y los docentes admiten nada más dos y eso lo determina la junta académica de cada especialidad, por eso es variable. En relación a los semestres, algunos de los docentes de las juntas académicas manejan como semestres un ciclo cuando las especialidades se manejan por anualidad, será cuestión de revisarlo y hacer la corrección de acuerdo a esa observación.

El **Dr. Jaime Andrade Villanueva** manifiesta, también me queda la duda de los máximos y me parece habría que hacer alguna propuesta porque es frecuente que después aumente el número de alumnos, generalmente el número de ingreso va en relación de plazas que otorga el CIFRHS, evidentemente esto tiene que ver con la infraestructura del propio hospital y también me queda una duda, porque es común que estando aprobado el programa otras instituciones de salud quieran ser sedes del programa, que se tiene que hacer, se tiene que modificar, incluir una adenda al dictamen, podría quedar un poco más abierto.

El **Secretario del Consejo** menciona, la apertura de nuevas sedes está contemplado en el dictamen como en alguna ocasión se acordó en este Consejo de Centro para que quedara cubierto para posible aperturas a futuro, y el asunto de los números creo que se tendrá que revisar y tendremos que salvar la situación, aunque las juntas académicas ya había propuesto de acuerdo a la infraestructura actual que sólo inicien dos, dejarlo abierto a una determinación de las condiciones de infraestructura y de lo que la junta académica determine en el futuro, porque después sí es un problema poder modificar, porque luego viene una modificación, estamos en la oportunidad de hacerlo de esta manera y queda abierto en todas las especialidades, es la salida que tendría que ser.

El **Presidente del Consejo** señala, es afortunado este Consejo, porque está con nosotros uno de los Directores de las sedes hospitalarias que es el Dr. Héctor Raúl Pérez Gómez para que también



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/

CONSEJO DE CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ellos con su área respectiva nos ayuden a estar en el mismo tenor, en el mismo sentido y que podamos conjuntamente hacer las modificaciones respectivas. Normalmente, ustedes lo deben de comprender con quienes iniciamos o creamos programas de especialidad en este caso, es con los hospitales escuela que son los de la Universidad que son los Hospitales Civiles y de ahí partimos a ir dando subsedes, por decirlo así, a otras unidades hospitalarias, llámese el IMSS, el ISSSTE, inclusive unidades hospitalarias privadas como en algún momento hemos tomado esta decisión.

El Dr. Héctor Raúl Pérez Gómez indica, el comentario va en el sentido de que la Especialidad de Anestesiología Pediátrica es una especialidad relativamente nueva, hace algunos años la única institución que la tenía era el Hospital Infantil de México, los profesores actuales que tiene el Hospital Civil de Guadalajara para esa especialidad son egresados de la especialidad del Infantil de México y han sido pocas las sedes a nivel nacional que han venido prestando esta especialidad a pesar de que existe una demanda asistencial muy alta de anestesiólogos pediatras, existen muchas áreas en donde los niños son atendidos por anestesiólogos de adultos o anestesiólogos generales, pero que se han ido adiestrando al fragor de la batalla con niños y es como se ha cubierto esta necesidad, sin embargo profesionalizarla como tal y dejarla como tal perfectamente establecida es algo muy bueno, y para finalizar, lo que podríamos hacer en este dictamen es una modificación en la redacción relativa al hecho de que si la demanda de especialistas en este campo y existe la autorización por parte de la federación para poder otorgar más becas para la misma, se podrá tener flexibilidad en cuanto al número de alumnos que pudiera tener una institución sede y que también dependería por supuesto de los profesores, de los tutores que atenderían a los médicos residentes.

El Presidente del Consejo menciona, con estas observaciones que se han hecho a este dictamen, les pregunto existiere alguna otra consideración al mismo. No habiendo más observaciones al dictamen se aprueba en votación económica y por unanimidad de votos.

- 6. Dictamen No. 5811/2008 por el cual se aprueba la modificación del Programa Educativo de la Especialidad en Medicina Familiar, para operar bajo el sistema de créditos, profesionalizante y modalidad presencial a partir del calendario 2009 "A", adscrita al Departamento de Clínicas Médicas de la División de Disciplinas Clínicas.**

El Mtro. Rogelio Zambrano Guzmán, Secretario del Consejo da lectura a los resolutivos del dictamen.

El Presidente del Consejo pone a la consideración de los señores consejeros el dictamen de referencia y pregunta si hubiera alguna consideración al mismo.

El Dr. José Z. Parra Carrillo expresa, hay detalle que me hace un poco de ruido en todos estos dictámenes de especialidades, casi en todos se indica como un requisito de titular el pasar el examen del consejo, por legislación nacional uno puede demostrar que es especialista con el título de una universidad reconocida, etc., o si por alguna razón, por antigüedad, porque en ese momento no había ese tipo de título, algo que lo conlleva o que le garantiza que lo tiene es la certificación de un consejo, si exigimos que el consejo certifique al programa que vamos a egresar siento que estamos dejando al propio programa invalidándolo, dejándolo como que si tú de tu programa solamente que el otro te lo apruebe estás aprobado, dónde está la validez del programa mismo, creo que es una situación deseable pero no definitiva, es una especie de CENEVAL, un Consejo Nacional de Evaluación que tenemos para nuestro programa, pero no se si sea absolutamente necesario que lo tengan para poder graduarse del programa. El programa



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/

CONSEJO DE CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

mismo debe tener su sistema de evaluación para garantizar que el egresado llena los requisitos y claro ya para trabajar, ahí sí, la institución se lo va a pedir, y le dirá además del certificado que me presentas de la institución que te egresa, yo te exijo además, que estés certificado por el consejo correspondiente, la duda es, el programa debe pedir esto o la institución que es la que contrata y lo puede pedir como un requisito adicional, si lo dejáramos no como requisito necesario, que pasa si el muchacho ya terminó la especialidad, aprobó todos los exámenes, pero reprobó el examen de certificación, no le vamos a dar diploma aunque tenga todos los requisitos aprobados.

El **Dr. Arturo Plascencia Hernández** menciona, quiero expresar una opinión en sentido favorable a lo que acaba de expresar el Dr. Parra, y hacer énfasis en esta situación que me parece sumamente delicada, la admisión de los consejos mexicanos de certificación, evidentemente no tienen ningún sustento legal, exclusivamente son organizaciones que dan validez a una serie de requisitos, pero que no se sustentan ni en la Constitución, ni en las leyes reglamentarias, en ninguna ley contemplada en la Ley de Profesiones, ni siquiera para el servicio profesional, entonces es un reconocimiento de orden moral, nunca jurídico y me parecería muy delicado que la Universidad incluyera esto, la única facultada para obtener el reconocimiento oficial de validez de estudios es el sector educativo y la Universidad de Guadalajara forma parte de este sector educativo y es el ente que otorga este REVOE, tampoco esta área es desdeñada o menospreciada, la función de los consejos está ligada a la Academia Nacional de Medicina, simplemente puntualizar que son dos funciones y dos aspectos totalmente diferentes. Una certificación de orden moral que evidentemente dice que los profesionales están actualizándose, que tienen la calidad suficiente y hasta ahí, y la otra el asunto de quien debe determinar cuáles son los requisitos y en este caso son las Universidades, por tanto y en conclusión me sumo a lo que expresó el Dr. Parra y en mi opinión no debería de existir este requisito, cuando menos en el dictamen para poder obtener el diploma.

El **Dr. Héctor Raúl Pérez Gómez** expresa, para no ser reiterativo, mi opinión es en el mismo sentido de lo ya expresado por el Dr. Parra y el Dr. Plascencia, exactamente en los mismo términos, proponer e incluso, si este concepto está en alguno de los otros programas que ya hemos sancionado, sería conveniente se tomara en consideración para que eso no fuera un requisito de titulación.

El **Presidente del Consejo** indica, también me pareció raro, que en uno de los puntos del cuerpo del dictamen apareciera que tenía que pasar por un consejo como un requisito más para su titulación, y coincido plenamente al Dr. Parra, al Dr. Plascencia y al Dr. Pérez Gómez, quien otorga los títulos es la Universidad de Guadalajara a través del Centro Universitario respectivo y le da las competencias profesionales suficientes y necesarias de acuerdo a su programa para ejercer su especialidad, posteriormente sí, si quiere ejercer y tener un documento que lo avale que está certificado por cada equis tiempo con una suficiencia y una actualidad, eso ya lo determinará el especialista si quiere o no, y también sabemos que no sólo hay uno, la ley a nivel estatal o nacional puede dar dos o hasta tres organizaciones, asociaciones, colegios, como se llamen, reconocimientos para que otorguen la certificación profesional.

La **Dra. Patricia Lorelei Mendoza Roaf** señala, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 5º marca que quien legalmente puede certificar son los colegios o las asociaciones, no los consejos, éstos están fuera de la ley y aquí hay que distinguir en lo que es la acreditación de un programa y la misma Universidad está acreditando su programa y le está dando la facultad al egresado de ejercer, así como también el Estado y por otro lado la



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/

CONSEJO DE CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

certificación de los profesionales en sus competencias para poder ejercer y sin embargo, es como un plus, no es una exigencia.

El **Presidente del Consejo** indica, con todas estas consideraciones y con la modificación que se solicita al respecto, y haciendo dicha corrección en todos los dictámenes de especialidades hasta ahora sancionados, les pregunto si existiere alguna otra consideración al mismo. No habiendo más observaciones al dictamen se aprueba en votación económica y por unanimidad de votos.

7. **Dictamen No. 5812/2008 por el cual se aprueba la creación del Programa Educativo de la Especialidad en Medicina Materno Fetal, para operar bajo el sistema de créditos, profesionalizante y modalidad presencial a partir del calendario 2009 "A", adscrita al Departamento de Clínicas de Reproducción Humana y del Crecimiento y Desarrollo Infantil de la División de Disciplinas Clínicas.**

El **Mtro. Rogello Zambrano Guzmán**, Secretario del Consejo da lectura a los resolutivos del dictamen.

El **Presidente del Consejo** pone a la consideración de los señores consejeros el dictamen de referencia y pregunta si hubiera alguna consideración al mismo.

El **Dr. José Z. Parra Carrillo** menciona, me llama la atención algo que veo muy positivo y en relación a una observación que el Dr. Jaime Andrade hizo y me da mucho gusto porque este dictamen dice que habrá un examen anual por parte del Centro Universitario, eso queda como parte del dictamen y demuestra en esta especialidad de que el Centro Universitario garantice la evolución a través de la calificación de los alumnos de este programa, pero no existe en ninguno de los otros, me parece que ahí hay una cierta disparidad en lo que estamos aprobando, hay requisitos donde si nos damos esa autoridad para evaluar y otros en que no la tenemos, quisiera poner a consideración de este H. Consejo y de la Comisión de Educación y de la Comisión de Hacienda, que los pongamos para todos o lo quitamos para todos y lo más loable sería, dado la inquietud que ha existido en muchos Consejos, que haya una mejor evaluación y una mayor participación por parte del Centro Universitario, que ojalá se aprobara para todos.

El **Presidente del Consejo** menciona, con todas estas consideraciones y con la modificación que se solicita al respecto, y haciendo dicha corrección en todos los dictámenes de especialidades sancionados, les pregunto si existiere alguna otra consideración al mismo. No habiendo más observaciones al dictamen se aprueba en votación económica y por unanimidad de votos.

A continuación tenemos los dictámenes de las Comisiones permanentes de este Consejo de Centro Universitario. Esta Presidencia tiene a bien proponer su aprobación en lo general y si hubiera alguna consideración en alguno de los dictámenes, posteriormente nos detendremos en lo particular, por lo que pregunto que si están de acuerdo favor manifestarlo. Se aprueba la solicitud del Presidente del Consejo por unanimidad de votos.

COMISIÓN DE EDUCACIÓN

Últimas Oportunidades

1. Dictamen No. 5790/2008 mediante el cual se aprueba la última oportunidad para repetir materias al (a) alumno (a) C. CASILLAS RAMÍREZ ANADAY, de la carrera de Licenciatura en Cirujano Dentista.

Acta de la Sesión Extraordinaria del
Consejo de Centro Universitario de Ciencias de la Salud
15 de Octubre del 2008, 10:00 horas.

13

mvf



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/

CONSEJO DE CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

2. Dictamen No. 5791/2008 mediante el cual se aprueba la última oportunidad para repetir materias al (a) alumno (a) C. ROSAS SUÁREZ OSCAR ALEJANDRO, de la carrera de Licenciatura en Cirujano Dentista.

El **Presidente del Consejo** manifiesta, pongo a la consideración de este Consejo los anteriores dictámenes y pregunto si existiera alguna observación a los mismos. No habiendo observaciones a los dictámenes se aprueban en votación económica y por unanimidad de votos.

COMISIÓN DE REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS, TÍTULOS Y GRADOS

Acreditaciones

1. Dictamen No. 5747/2008 mediante el cual se aprueba la acreditación de las unidades de enseñanza-aprendizaje del (a) alumno (a) C. ANDRADE TORRES JOSÉ ENRIQUE, de la carrera de Licenciatura en Cultura Física y Deportes.
2. Dictamen No. 5748/2008 mediante el cual se aprueba la acreditación de las unidades de enseñanza-aprendizaje del (a) alumno (a) C. GÓMEZ ALVARADO JHAIR RAMÓN, de la carrera Licenciatura en Cultura Física y Deportes.
3. Dictamen No. 5769/2008 mediante el cual se aprueba la acreditación de las unidades de enseñanza-aprendizaje del (a) alumno (a) C. QUIRÓZ DOMÍNGUEZ FERNANDO, de la carrera Licenciatura en Cultura Física y Deportes.
4. Dictamen No. 5771/2008 mediante el cual se aprueba la acreditación de las unidades de enseñanza-aprendizaje del (a) alumno (a) C. FRANCO FERREIRA ANA GABRIELA, de la carrera Médico Cirujano y Partero.
5. Dictamen No. 5772/2008 mediante el cual se aprueba la acreditación de las unidades de enseñanza-aprendizaje del (a) alumno (a) C. MARTÍNEZ RAZO RAQUEL, de la carrera Médico Cirujano y Partero.
6. Dictamen No. 5773/2008 mediante el cual se aprueba la acreditación de las unidades de enseñanza-aprendizaje del (a) alumno (a) C. ORNELAS ÁLVAREZ VANIA MARCELA, de la carrera Médico Cirujano y Partero.
7. Dictamen No. 5774/2008 mediante el cual se aprueba la acreditación de las unidades de enseñanza-aprendizaje del (a) alumno (a) C. RODRÍGUEZ SÁNCHEZ IVETT SARAI, de la carrera Médico Cirujano y Partero.
8. Dictamen No. 5775/2008 mediante el cual se aprueba la acreditación de las unidades de enseñanza-aprendizaje del (a) alumno (a) C. VILLAVICENCIO BAUTISTA JUAN CARLOS, de la carrera Médico Cirujano y Partero.

El **Presidente del Consejo** expresa, pongo a la consideración de este Consejo los anteriores dictámenes y pregunto si existiera alguna observación a los mismos. No habiendo observaciones a los dictámenes se aprueban en votación económica y por unanimidad de votos.

Equivalencias

1. Dictamen No. 5776/2008 mediante el cual se aprueba la equivalencia de las unidades de enseñanza-aprendizaje del (a) alumno (a) C. CRUZ RODRÍGUEZ ARMANDO, de la Especialidad en Pediatría.
2. Dictamen No. 5777/2008 mediante el cual se aprueba la equivalencia de las unidades de enseñanza-aprendizaje del (a) alumno (a) C. GARNICA NAVARRO ANAYELI MARGARITA, de la Especialidad en Medicina Interna.

Acta de la Sesión Extraordinaria del
Consejo de Centro Universitario de Ciencias de la Salud
15 de Octubre del 2008, 10:00 horas.



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/

CONSEJO DE CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

3. Dictamen No. 5781/2008 mediante el cual se aprueba la equivalencia de las unidades de enseñanza-aprendizaje del (a) alumno (a) C. JUÁREZ IBARRA MARÍA MARCELA, de la carrera de Licenciatura en Nutrición.

El **Presidente del Consejo** manifiesta, pongo a la consideración de este Consejo los anteriores dictámenes y pregunto si existiera alguna observación a los mismos. No habiendo observaciones a los dictámenes se aprueban en votación económica y por unanimidad de votos.

COMISIÓN DE CONDONACIONES Y BECAS

Relaciones de alumnos

1. Dictamen No. 5793/2008 mediante el cual se aprueba la ampliación de la relación de alumnos seleccionados para otorgarles apoyo del Programa de Estímulos Económicos para Estudiantes Sobresalientes, promoción 2007-2008.

El **Presidente del Consejo** manifiesta, pongo a la consideración de este Consejo el anterior dictamen y pregunto si existiera alguna observación al mismo. No habiendo observaciones al dictamen de referencia, se aprueba en votación económica y por unanimidad de votos.

Condonación de Órdenes de Pago

1. Dictamen No. 5798/2008 mediante el cual se aprueba NO CONDONAR la matrícula de la orden de pago No. 00890098478 del (a) alumno (a) C. IBÁÑEZ HERNÁNDEZ MARCIA GABRIELA, de la Especialidad en Medicina Legal, calendario escolar 2008 A.
2. Dictamen No. 5799/2008 mediante el cual se aprueba la Condonación del 100% de la matrícula de la orden de pago No. 0885354134 del (a) alumno (a) C. GONZÁLEZ NERI PATRICIA VIANEY, de la Especialidad en Proctodoncia, calendario escolar 2008 B.
3. Dictamen No. 5800/2008 mediante el cual se aprueba la Condonación del 50% de la matrícula de la orden de pago No. 00803879113 del (a) alumno (a) C. CHAVIRA GONZÁLEZ JUAN ROBERTO, de la Maestría en Gerencia de Servicios de Salud, calendario escolar 2008 A.
4. Dictamen No. 5801/2008 mediante el cual se aprueba la Condonación del 50% de la matrícula de la orden de pago No. 02077685754 del (a) alumno (a) C. SALDAÑA MARTÍNEZ GRACIELA, de la Maestría en Gerontología, calendario escolar 2008 B.
5. Dictamen No. 5802/2008 mediante el cual se aprueba la Condonación del 100% de la matrícula de la orden de pago No. 00079135919 del (a) alumno (a) C. KUMAZAWA ICHIKAWA MIGUEL ROBERTO, del Doctorado en Investigación Clínica, calendario escolar 2008 B.
6. Dictamen No. 5803/2008 mediante el cual se aprueba la Condonación del 30% de la matrícula de la orden de pago No. 02072425149 del (a) alumno (a) C. MARTÍNEZ ROMERO BRENDA EUNICE, de la Maestría en Terapia Familiar, calendario escolar 2008 A.
7. Dictamen No. 5804/2008 mediante el cual se aprueba la Condonación del 100% de las matrículas de la orden de pago No. 13040165568 del (a) alumno (a) C. MOLINA TORRES MARNÉS, de la Especialidad en Urología, calendarios escolares 2004, 2005, 2006 y 2007.
8. Dictamen No. 5805/2008 mediante el cual se aprueba la Condonación del 100% de la matrícula de la orden de pago No. 00846668820 del (a) alumno (a) C. CONTRERAS ESTRADA MÓNICA ISABEL, del Doctorado en Ciencias de la Salud en el Trabajo, calendario escolar 2008 B.



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/

CONSEJO DE CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

9. Dictamen No. 5806/2008 mediante el cual se aprueba la Condonación del 30% de la matrícula de la orden de pago No. 00927435354 del (a) alumno (a) C. VÁZQUEZ GARNICA ELBA KARINA, del Doctorado en Ciencias de la Salud Pública, calendario escolar 2008 B.
10. Dictamen No. 5807/2008 mediante el cual se aprueba la Condonación del 30% de la matrícula de la orden de pago No. 02062127515 del (a) alumno (a) C. HERNÁNDEZ IBARRA LUIS EDUARDO, del Doctorado en Ciencias de la Salud Pública, calendario escolar 2008 B.
11. Dictamen No. 5808/2008 mediante el cual se aprueba la Condonación del 100% de la matrícula de la orden de pago No. 00915947063 del (a) alumno (a) C. MUÑOZ SILVA MIRIAM, de la Maestría en Psicología orientación Psicología Educativa, calendario escolar 2008 B.
12. Dictamen No. 5814/2008 mediante el cual se aprueba la Condonación del 40% de la matrícula de los alumnos de la Maestría en Psicología, orientaciones en Neuropsicología, Psicología de la Salud y Psicología Educativa, calendario escolar 2008 B.

El **Presidente del Consejo** manifiesta, pongo a la consideración de este Consejo los anteriores dictámenes y pregunto si existiera alguna observación a los mismos. No habiendo observaciones a los dictámenes se aprueban en votación económica y por unanimidad de votos.

COMISIÓN DE RESPONSABILIDADES

1. Dictamen No. 5813/2008 mediante el cual se resuelve el procedimiento de responsabilidad instaurado en contra del C. Ricardo Solís Zamora.

El **Secretario del Consejo**, da lectura al dictamen anterior.

El **Presidente del Consejo** manifiesta, pongo a la consideración de este Consejo el presente dictamen y pregunto si existiera alguna observación al mismo. No habiendo observaciones al anterior dictamen, se aprueba en votación económica y por unanimidad de votos.

COMISIÓN ELECTORAL

1. Dictamen No. 5792/2008 mediante el cual se aprueba la calificación del Proceso Electoral para la integración del H. Consejo General Universitario, Consejo de Centro Universitario de Ciencias de la Salud y Consejos de las Divisiones de Disciplinas Básicas para la Salud, de Disciplinas Clínicas y de Disciplinas para el Desarrollo, Promoción y Preservación de la Salud para el periodo 2008-2009.

El **Secretario del Consejo**, da lectura completa al dictamen del proceso electoral.

El **Presidente del Consejo** pone a la consideración de los señores Consejeros el anterior dictamen para su aprobación y pregunta si existe alguna observación al mismo, favor de manifestarlo.

El **Presidente del Consejo**, manifiesta, quisiera hacer algunos comentarios, primero reconocer a la Comisión Electoral que esta encabezada por académicos, funcionarios y dos representantes estudiantiles, el Secretario y su servidor, hacerles un reconocimiento por su trabajo que fue intenso, que fue muy transparente, objetivo e imparcial desde mi punto de vista y que tuvo mucho que ver en que el proceso electoral tanto de académicos como de la parte estudiantil fuera



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/

CONSEJO DE CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

un proceso electoral tranquilo, que incrementó su porcentaje de electores que votaron, y que tuvimos más de 4 mil votos de una población de casi 10 mil estudiantes, lo que nos da un porcentaje bastante alto comparado con el del año pasado que fue casi de 3 mil alumnos, y que de alguna manera esto viene a consolidar y a darle autoridad moral y legal a quienes van a ser los próximos consejeros en los órganos de gobierno del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Consejos Divisionales y el propio H. Consejo General Universitario, una vez más reiterarles mi agradecimiento a cada uno de los compañeros y compañeras que participaron en este proceso, muchas gracias a todos los que nos ayudaron a llevar bien el proceso electoral 2008-2009.

Por lo anterior, les pregunto si es de aprobarse el dictamen por el cual se aprueba de válido y legal el proceso electora para el periodo 2008-2009, favor de manifestarlo. No existiendo ningún otro comentario se aprueba el dictamen del Proceso Electoral para la integración del H. Consejo General Universitario, Consejo de Centro y Consejos Divisionales, en votación económica y por unanimidad de votos.

A continuación tenemos asuntos varios y quiero preguntarles si tuvieron algún asunto vario.

El **C. Ray Daniel López Hernández** solicita la intervención del señor Rector ante las autoridades correspondientes para ver la posibilidad de que el semáforo peatonal que se encuentra en la Calzada Independencia, junto a la fuente olímpica funcione nuevamente, ya que por los trabajos que actualmente se están efectuando en la Calzada Independencia lo pusieron en intermitente, e indica que es un cruce peatonal muy importantes ya que por ese punto atraviesan muchos alumnos de este Centro Universitario. Que otro crucero que es muy peligroso también es el que se encuentra a un lado del Hospital Civil por la calle de Salvador Quevedo y Zubieta, por lo que también solicita su intervención para la instalación de un semáforo.

El **Presidente del Consejo** le solicita le haga la petición por escrito para de esa forma hacerla llegar a las autoridades competentes y tomaremos cartas en el asunto también a través del Observatorio de la Salud el cual fue creado en 2007 y actualmente ya está funcionando.

El **Lic. Raúl Yáñez de la Cruz** menciona que sería importante instrumentar un programa para los estacionamientos y evitar problemas como el que se suscitó y que se narra en el dictamen de Responsabilidades que sancionamos, porque efectivamente es un punto muy conflictivo para los que ya tienen asignado un lugar específico, como lo ha visto con el Dr. Iturrios generalmente nunca se le respeta su cajón, se han visto muchos conflicto de esta naturaleza, lo que se origina porque el ingreso al estacionamiento 5 es muy anárquico.

El **Presidente del Consejo** menciona que en relación al problema de los estacionamientos, informa que ya se está trabajando en este conflicto, ya que los automóviles ya no caben en los estacionamiento del Centro Universitario, que inclusive están haciendo trámites para ver la posibilidad de cerrar la calle de Sierra Mojada y usarla como estacionamiento, pero insiste que aún con esta medida no será suficiente el espacio para todos los automóviles de este Centro Universitario.

Me permito informarles que en este periodo se trabajaron un aproximado de 618 dictámenes de las diferentes Comisiones Permanentes de este Consejo de Centro Universitario, se tuvieron 9 sesiones de Consejo, dos ordinarias como lo marca la normatividad universitaria y 7 extraordinarias, en las cuales se atendieron las prioridades que consideró la Presidencia, el



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/
CONSEJO DE CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

Secretario y las Comisiones, el volumen de trabajo es mayor, quedaron algunos en puerta que se presentarán en el próximo nuevo Consejo Universitario que el día de hoy entra en funciones para el periodo 2008-2009.

Siendo las 13:30 horas del día 15 de octubre de 2008, quiero declarar formalmente clausurados los trabajos de este Consejo de Centro Universitario de Ciencias de la Salud 2007-2008, agradeciendo a todos ustedes su presencia y su trabajo a lo largo de todo este año



MTRO. VÍCTOR MANUEL RAMÍREZ ANGUIANO
PRESIDENTE



MTRO. ROGELIO ZAMBRANO GUZMÁN
SECRETARIO



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/
DIVISIÓN DE DISCIPLINAS CLÍNICAS

ACTA DEL H. CONSEJO, DIVISIÓN DE DISCIPLINAS CLINICAS 08 de NOVIEMBRE DE 2007

Sesión Extraordinaria de Consejo

ADMINISTRACIÓN 2007 - 2010

En la ciudad de Guadalajara, Jalisco, siendo las trece horas con treinta minutos del día ocho de noviembre de dos mil siete en la sala de consejo, previa convocatoria expedida por el Dr. Jaime F. Andrade Villanueva Presidente del H. Consejo de la División de Disciplinas Clínicas, se llevo a cabo la Sesión Extraordinaria del H. Consejo de la División de Disciplinas Clínicas del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, misma que se sujeto al siguiente Orden del Día.

ORDEN DEL DIA

- I. Lista de presentes y declaratoria del Quórum Legal.
- II. Lectura y en su caso aprobación del Orden del Día.
- III. Lectura y en su caso aprobación del Acta Anterior. (Acta que fue firmada y aprobada en su momento).
- IV. Lectura, Discusión y en su caso aprobación del Dictamen de la Comisión de Educación.
- V. Lectura, Discusión y en su caso aprobación del Dictamen de la Comisión de Hacienda.
- VI. Asuntos Varios.

- RIMER PUNTO DEL ORDEN DEL DIA Se tomo lista de presentes, constatándose con la asistencia de los siguientes miembros del H. Consejo: Presidente Dr. Jaime F. Andrade Villanueva, Secretario Mtro. Alejandro Aguilar Cuellar, Directivo Dr. José Z. Parra Carrillo, Directivo: Mtra. Laura Margarita Padilla Gutiérrez, Directivo: Mtro. Jesús Raúl Brihuela Velázquez, Directivo: Mtro. José de Jesús Gutiérrez Rodríguez, Suplente: Dr. José Rodolfo Jiménez Iturrios, Propietario: Dr. Alfredo Lepe Oliva, Suplente: Dr. Luis Bravo Cuellar, Suplente: Mtra. Lydia Martínez Sandoval, Propietario: Mtra. Esther Rodríguez Durán, Propietario: Mtra. Martha Alicia González Palacios, Propietario: C. Ray Daniel López Hernández, Suplente: C. Luis Báez Montes, Suplente: C. José Isaias Boites Flores, Suplente: C. María del Carmen Coria Contreras, Propietario: C. Bruno Miramontes Larios, Suplente: Issis Jazmín Limón Rodríguez, Propietario: C. Héctor Guillermo García Retamoza, Constatándose la asistencia de cuatro Directivos, seis propietarios y siete suplentes. Con un total de Diez y Siete Consejeros, **SE DECLARA LA EXISTENCIA DE QUÓRUM LEGAL.**

Estimado Rodríguez



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/
DIVISIÓN DE DISCIPLINAS CLÍNICAS

.- SEGUNDO PUNTO DEL ORDEN DEL DIA, lectura y en su caso aprobación del orden del día.

El Dr. Dr. Jaime F. Andrade Villanueva, cede la palabra al Secretario del H. Consejo, para que de lectura al Orden del Día.

El Mtro. Alejandro Aguilar Cuellar, Secretario del H. Consejo de División da lectura al Orden del Día.

El Dr. Jaime F. Andrade Villanueva, pone a consideración del pleno del Consejo el Orden del Día, y pregunta si es de APROBARSE.

ACUERDO: APROBADO POR VOTACIÓN UNANIME.

.- TERCER PUNTO DEL ORDEN DEL DIA, lectura y en su caso aprobación del Acta Anterior.

El Dr. Jaime F. Andrade Villanueva, solicita al Secretario del Consejo dé lectura al Acta Anterior.

El Secretario del H, Consejo, Mtro. Alejandro Aguilar Cuellar comenta que el Acta fue aprobada y firmada en la Sesión Anterior.

El Dr. Jaime F. Andrade Villanueva, pone a consideración el acta anterior, pregunta al pleno de consejo si es de APROBARSE.

ACUERDO: APROBADO POR VOTACIÓN UNANIME.

.- CUARTO PUNTO DEL ORDEN DEL DIA, lectura, discusión y en su caso aprobación de los Dictámenes de las Comisiones Conjuntas de Educación y Hacienda.

El Dr. Jaime F. Andrade Villanueva, solicita al Secretario del H. Consejo dé lectura a los Dictámenes de las Comisiones Conjuntas de Educación y Hacienda.

El Secretario del H. Consejo Mtro. Alejandro Aguilar Cuellar da lectura al Dictamen de creación del Laboratorio de Evaluación del Estado Nutricio y el cambio de nombre del Laboratorio de Nutrición, a Laboratorio de Ciencias de los Alimentos.

El Dr. Jaime F. Andrade Villanueva, comenta a los presentes la importancia y trascendencia de contar con estos laboratorios en la carrera de Nutrición por que el proceso de enseñanza se vera favorecido y el alumno tendrá la oportunidad de



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/
DIVISIÓN DE DISCIPLINAS CLÍNICAS

aplicar el conocimiento brindando servicio a la comunidad universitaria y a la población en general.

El Dr. Jaime F. Andrade Villanueva, solicita al pleno del consejo se le permita hacer uso de la palabra a la Dra. Bárbara Vizmanos Lamot, quien ampliara los cometarios sobre la creación del Laboratorio de Evaluación del Estado Nutricio.

El pleno del Consejo aprueba la petición del Dr Jaime F. Andrade Villanueva y concede haga uso de la voz a la Dra. Bárbara Vizmanos.

La Dra. Bárbara hace una breve exposición respecto a los alcances que tendrá el contar con un laboratorio de esta naturaleza par el beneficio de los alumnos y como un requisito indispensable para la acreditación de la carrera, Licenciado en Nutrición.

El Dr. Jaime F. Andrade Villanueva, pone a consideración el Dictamen de las Comisiones Conjuntas de Educación y Hacienda, pregunta al pleno de consejo si es de APROBARSE.

ACUERDO: APROBADO POR VOTACIÓN UNANIME.

DICTAMEN N° I/2007/01, por el cual se aprueba la creación del "LABORATORIO DE EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIO" Y EL CAMBIO DE NOMBRE DEL LABORATORIO DE NUTRICIÓN, A LABORATORIO DE CIENCIAS DE LOS ALIMENTOS.

El Dr. Jaime F. Andrade Villanueva, solicita al Secretario del Consejo dé lectura al Dictamen de Actualización y Modificación de los programas de las Especialidades Médicas y Odontológicas a Programas por Competencias Profesionales.

El Dr. Jaime F. Andrade Villanueva, comenta que las Especialidades Medicas en las Instituciones donde se imparten los profesores no son contratados por la Universidad de Guadalajara por lo que no reciben ninguna remuneración pero por medio del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología instituyó el Programa Nacional del Posgrado con el fin de proporcionar recursos extraordinarios a los programas que se incorporen siempre y cuando cumplan con los requisitos que pide CONACyT.

El Secretario del H Consejo Mtro. Alejandro Aguilar Cuellar da lectura al Dictamen de Actualización y Modificación de los programas de las Especialidades Médicas y Odontológicas a Programas por Competencias Profesionales.



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/
DIVISIÓN DE DISCIPLINAS CLÍNICAS

Departamento de Clínicas Quirúrgicas:

- 1.- Especialidad en Urología
- 2.- Especialidad en Cirugía Oncológica
- 3.- Especialidad en Angiología Cirugía Vasculat
- 4.- Especialidad en Anestesiología
- 5.- Especialidad en Cirugía General
- 6.- Especialidad en Cirugía Cardiotoracica

Departamento de Clínicas Médicas:

- 1.- Especialidad en Gastroenterología
- 2.- Especialidad en Hematología
- 3.- Especialidad en Nefrología
- 4.- Especialidad en Radiología e Imagen
- 5.- Especialidad en Genética Médica

Departamento de Reproducción Humana Crecimiento y Desarrollo Infantil:

- 1.- Especialidad en Dermatología Pediátrica
- 2.- Especialidad en Pediatría
- 3.- Especialidad en Medicina Materno Fetal
- 4.- Especialidad en Ginecología y Obstetricia
- 5.- Especialidad en Anestesiología Pediátrica
- 6.- Especialidad en Gastroenterología Pediátrica y Nutrición
- 7.- Especialidad Urología Ginecológica

Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales:

- 1.- Especialidad en Endodoncia
- 2.- Especialidad en Odontopediatría
- 3.- Especialidad en Ortodoncia
- 4.- Especialidad en Periodoncia
- 5.- Especialidad en Prostodoncia

JUAN DÍAZ COVARRUBIAS Y SALVADOR QUEVEDO Y ZUBIETA, EDIFICIO C, PLANTA BAJA, COL. INDEPENDENCIA,
GUADALAJARA, JALISCO, MÉXICO C.P. 44340
TELS. (33)1058-5331 y (33)1058-5200 EXT 3709, 3710
WWW.UDG.MX WWW.CUCS.UDG.MX

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/
DIVISIÓN DE DISCIPLINAS CLÍNICAS

El Dr. Jaime F. Andrade Villanueva, pone a consideración del pleno del Consejo el Dictamen Actualización y Modificación de los programas de las Especialidades Médicas y Odontológicas.

El Dr. Jaime F. Andrade Villanueva, cede la palabra al Dr. José Z. Parra Carrillo.

Hace uso de la palabra el Dr. José Z. Parra Carrillo, considera que el modelo por competencias profesionales que se esta planteando va a ser muy benéfico para la enseñanza de los alumnos de las especialidades y para los usuarios. Respecto de las Especialidades Médicas y Odontológicas que se adecuaron a este modelo y propone que las que cumplan con lo establecido por el CONACyT, para formar parte del Padrón Nacional de Posgrados como son:

- 1.- Especialidad en Urología Ginecológica
- 2.- Especialidad en Oncológica Quirúrgica
- 3.- Especialidad en Pediatría
- 4.- Especialidad en Cirugía Pediátrica
- 5.- Especialidad en Nefrología
- 6.- Especialidad en Reumatología
- 7.- Especialidad en Dermatología medico Quirúrgica
- 8.- Especialidad en Periodoncia
- 9.- Especialidad en Ortodoncia
- 10.- Especialidad en Endodoncia
- 11.- Especialidad en Prostodoncia
- 12.- Especialidad en Odontopediatría

Se turnen a las autoridades correspondientes para que estos programas sean evaluados por el PNPC y de ser acreditados cuenten con los apoyos extraordinarios por este concepto.

El Dr. Jaime F. Andrade Villanueva, pone a consideración del pleno del Consejo el Dictamen Actualización y Modificación de los programas de las Especialidades Médicas y Odontológicas a Programas por Competencias Profesionales y la Propuesta de Dr. José Z Parra Carrillo, pregunta si es de APROBARSE.

ACUERDO: APROBADO POR VOTACIÓN UNANIME.

DICTAMEN N° I/2007/02, por el cual se aprueba la propuesta de "ACTUALIZACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS Y ODONTOLÓGICAS A PROGRAMAS POR COMPETENCIAS PROFESIONALES Y LA PROPUESTA DEL DR. JOSÉ Z



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/
DIVISIÓN DE DISCIPLINAS CLÍNICAS

PARRA CARRILLO PARA QUE LOS PROGRAMAS DE ESPECIALIDAD SEAN EVALUADOS POR EL PNPC.

El Dr. Jaime F. Andrade Villanueva, solicita al Secretario del H. Consejo de lectura al último Dictamen de la Comisión de Educación.

El Secretario del H. Consejo Mtro. Alejandro Aguilar Cuellar da lectura al Dictamen de la Comisión de Educación referente a la propuesta del Departamento de Reproducción Humana, Crecimiento y Desarrollo Infantil, para que le sea otorgado el nombramiento Doctor Honoris Causa al Dr. Jesús Kumate Rodríguez, una vez leído su amplio Currículum no existe duda alguna para ser merecedor de esta distinción.

El Dr. Jaime F. Andrade Villanueva, pone a consideración del pleno del Consejo el Dictamen para otorgar el nombramiento de Dr. Honoris Causa al Dr. Jesús Kumate Rodríguez, pregunta si es de APROBARSE.

ACUERDO: APROBADO POR VOTACIÓN UNANIME.

DICTAMEN N° 1/2007/03, por el cual se aprueba la propuesta de "DEPARTAMENTO DE REPRODUCCIÓN HUMANA CRECIMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL PARA QUE LE SEA OTORGADO EL NOMBRAMIENTO DR. HONORIS CAUSA AL DR. JESÚS KUMATE RODRÍGUEZ.

.- QUINTO PUNTO DEL ORDEN DEL DIA, lectura, discusión y en su caso aprobación del dictamen de la Comisión de Hacienda.

El Dr. Jaime F. Andrade Villanueva, da lectura al dictamen del "Presupuesto para el ejercicio fiscal 2008"

Presentación, discusión de los Lineamientos P3e 2008 y en su caso aprobación del ejercicio del Programa Operativo Anual 2008.

INTRODUCCIÓN

En términos generales, el presupuesto ordinario (1101) o irreductible que recibe la Universidad de Guadalajara de los gobiernos Federal y Estatal no ha presentado un incremento sustancial en los pasados cuatro años, que sumado a la tasa de inflación promedio representa en términos reales una reducción de cuando menos 15%; esto es, casi 3 millones de pesos menos que en 2003.

Jesús Rodríguez



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/
DIVISIÓN DE DISCIPLINAS CLÍNICAS

Debido a lo anterior se busca centrar los esfuerzos en asegurar políticas que tiendan a mejorar la situación financiera del centro universitario, apoyando en primera instancia el desarrollo de las actividades sustantivas.

Por otra parte debemos responder a las políticas propias de la institución, dictadas desde la administración central, y que ofrecen importantes fuentes de recursos que permitan potenciar nuestros recursos en áreas prioritarias.

Dichas políticas se centran en:

- Optimizar el gasto corriente,
- Buscar fuentes externas de financiamiento,
- Fortalecer los programas de extensión que aporten ingresos extraordinarios, así como los servicios profesionales y académicos que ofrecemos, y
- Obtener recursos a través de las diversas bolsas extraordinarias y fondos instituciones participadas.

LINEAMIENTOS GENERALES

La política propuesta busca una mejor **orientación** del gasto, centrando el recurso al mejoramiento de las actividades sustantivas del centro universitario.

Se propone establecer **porcentajes** que fortalezcan a las diversas áreas y aseguren una mayor equidad dentro de las dependencias.

Para el caso de las Divisiones, se busca que ofrezcan un mayor apoyo y con reglas claras a las entidades que de ellas dependen, siendo lo recomendable que del total de su fondo asignado destinen:

- 20% cuando menos para apoyo a infraestructura: laboratorios de investigación y docencia, tanto de pregrado como de posgrado, institutos, unidades, etc.
- 15% cuando menos para apoyo a publicaciones propias de la división y sus dependencias. En este caso se propone eliminar del POA de los departamentos este rubro.

Estas publicaciones deberán tener el dictamen de aprobación por parte del *Comité Editorial del CUCS*.

- 25% máximo para viáticos. Esto es; apoyos a los departamentos para actividades de intercambio académico.
- Al igual que en el caso de las publicaciones, se propone que sea eliminado este rubro de los departamentos y además incentivar que hagan uso primero de los fondos institucionales como son el PREA, apoyo a ponentes y año sabático; y posteriormente buscar apoyo en la CGCI (que tiene bolsa grande

Handwritten notes and signatures on the right margin, including the name "Rodríguez" and "Gómez Rodríguez".

Large handwritten scribbles and signatures on the left margin, including a large circular mark and a signature that appears to be "Covarrubias".



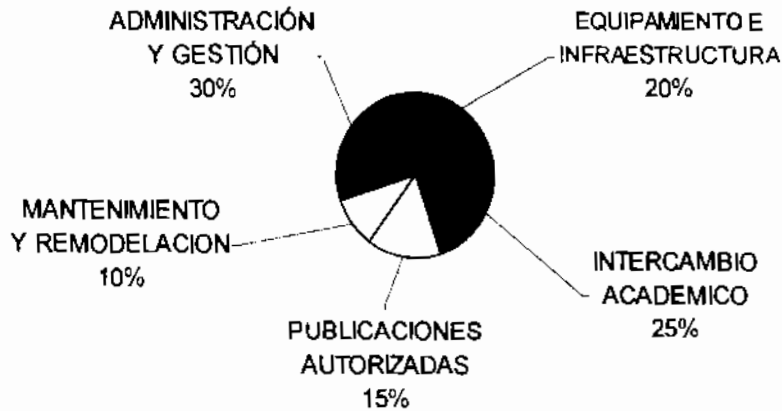
UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/ DIVISIÓN DE DISCIPLINAS CLÍNICAS

para este tipo de apoyos), y finalmente a la unidad de becas e intercambio del CUCS.

- 10% máximo para obras de remodelación y mantenimiento propias de la División o de sus dependencias.
- El porcentaje restante (+/- 30%) será destinado a gestión y administración.

	EQUIPAMIENTO E INFRAESTRUCTURA 23%	INTERCAMBIO ACADÉMICO 23%	PUBLICACIONES AUTORIZADAS 17%	MANTENIMIENTO Y REMODELACIÓN 10%	ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN 27%
Div. Disciplinas Clínicas	\$188,179	\$377,835	\$141,134	\$151,134	453,402
APORTACIÓN DE RECTORÍA	\$188,179		\$141,134		
TOTAL	\$ 376,358		\$ 282,268		Gran Total \$ 1,640,978.36



	2007	2008	Reducción Respecto al 2007
Total Div. Clínicas	\$1,711,341.76	\$1,640,978.36	- 4.11%

JUAN DIAZ COVARRUBIAS Y SALVADOR QUEVEDO Y ZUBIETA, EDIFICIO C, PLANTA BAJA. COL. INDEPENDENCIA, GUADALAJARA, JALISCO, MÉXICO C.P. 44340.
TELS. (33)1058-5231 Y (33)1058-5200 EXT.3709, 3713
WWW.UDG.MX WWW.CUCS.UDG.MX

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Large handwritten signature]



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/
DIVISIÓN DE DISCIPLINAS CLÍNICAS

4

Los

DIVISION DE DISCIPLINAS CLINICAS	\$1,311,684.68
DEPARTAMENTO DE CLINICAS MEDICAS	\$250,000.00
DEPTO DE CLINICAS ODONT. INTEGRALES	\$280,000.00
DEPTO. REP. HUMA, CRECIM Y DES INF	\$250,000.00

Programas Operativos Anuales quedan de la siguiente manera.

FONDO

1101

FONDO 1102

JUAN DÍAZ COVARRUBIAS Y SALVADOR QUEVEDO Y ZUBIETA, EDIFICIO C, PLANTA BAJA, COL. INDEPENDENCIA,
GUADALAJARA, JALISCO, MÉXICO C.P. 44340.
TELS. (33)1058-5331 Y (33)1058-5206 EXT. 3769, 3710
WWW.UDG.MX WWW.CUCS.UDG.MX

STANBOLINSKY



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/
DIVISIÓN DE DISCIPLINAS CLÍNICAS

LOS PROYECTOS DE ESTA DIVISIÓN Y DE LOS DEPARTAMENTOS, QUEDARON DE LA SIGUIENTE MANERA

73064	Impulso de los procesos administrat	246000	DIVISION DE DISCIPLINAS CLINICAS	\$1,311,684.68	\$0.00	\$0.00	\$1,311,684.68	N	0	2460000202
75589	POA CLINICAS MEDICAS	246002	DEPARTAMENTO DE CLINICAS MEDICAS	\$250,000.00	\$0.00	\$0.00	\$250,000.00	N	0	2460020101
75228	PROGRAMA OPERATIVO DEL DCOI	246004	DEPTO DE CLINICAS ODONT. INTEGRALES	\$280,000.00	\$0.00	\$0.00	\$280,000.00	S	0	2460040101
77142	MAESTRIA EN TERAPIA FAMILIAR	246005	DEPTO. DE CLINICA DE LA SALUD MENTAL	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	N	0	2460050105
75900	Investigación y Generación de Conoc	246007	DEPTO. REP. HUMA. CRECIM Y DES. INF.	\$28,000.00	\$0.00	\$0.00	\$28,000.00	N	0	2460070701

JUAN DIAZ COVARRUBIAS Y SALVADOR QUEVEDO Y ZUBIETA, EDIFICIO C. PLANTA BAJA COL. INDEPENDENCIA. GUADALAJARA, JALISCO, MEXICO C.P. 44340
TELS. (33)1058-5331 Y (33)1058-5204 EXT 3709-4710
WWW.UDG.MX WWW.CUCS.UDG.MX

Carlos Rodríguez

Handwritten signatures and marks at the bottom of the page.



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/
DIVISIÓN DE DISCIPLINAS CLÍNICAS

Oficio

El Dr. Jaime F. Andrade Villanueva, expone al pleno la nueva distribución de los recursos para el ejercicio fiscal 2008 donde se verán favorecidos los Departamentos de esta División de Disciplinas Clínicas con un incremento en sus montos a ejercer, con lo que se pretende que se privilegien las funciones sustantivas y no se distraigan recursos de los departamentos para el pago de servicios.

Lo anterior en respuesta a las indicaciones del Rector de este Centro Universitario el Mtro. Víctor Manuel Ramírez Anguiano.

El Dr. Jaime F. Andrade Villanueva, pone a consideración del pleno del H. Consejo el Dictamen de la Comisión de Hacienda.

EL Dr. Jaime F. Andrade Villanueva cede la palabra al Dr. José Z. Parra Carrillo.

El Dr. José Z. Parra Carrillo, reconoce la buena disposición de Director de esta División de Disciplinas Clínicas al aceptar redistribuir un porcentaje del POA asignado a la División entre los Departamentos y al Rector de este Centro Mtro. Víctor Manuel Ramírez Anguiano manifestarle una Felicitación por este manejo presupuestal que nos favorece a todos pero sobre todo en beneficio de nuestros educandos.

EL Dr. Jaime F. Andrade Villanueva cede la palabra al Mtro. José de Jesús Gutiérrez Rodríguez.

El Mtro. José de Jesús Gutiérrez Rodríguez, comenta que con esta nueva visión para distribuir el gasto presupuestal sienta las bases para tener un desarrollo más equilibrado de nuestras funciones sustantivas en este Centro Universitario, hace la aclaración que efectivamente en el Departamento de Salud mental hay un ingreso importante por concepto de recursos propios que corresponde a la Maestría en pero que también su operación exige un costo elevado, explica lo difícil que resulta recuperar las partidas económicas por concepto de ingresos propios pero en la actualidad con las gestiones del Rector del Centro y el Director de la División se espera resolver los rezagos tanto económicos como de mantenimiento para las Clínicas de este Departamento Salud Mental, finalmente hace extensiva una felicitación al Mtro. Víctor Manuel Ramírez Anguiano, Rector de Este centro Universitario y al Dr. Jaime F. Andrade Villanueva, Director de esta División por la forma en se redistribuyo el presupuesto 2008.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Vertical handwritten signature]

[Handwritten scribble]

[Handwritten scribble]

[Large handwritten scribble]

[Handwritten scribble]



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/
DIVISIÓN DE DISCIPLINAS CLÍNICAS

EL Dr. Jaime F. Andrade Villanueva cede la palabra la Mtra. Lydia Martínez Sandoval.

La Mtra. Lydia Martínez Sandoval. Se suma a las felicitaciones por la manera en que se ha distribuido el gasto operativo 2008.

El C. Luis Báez Montes, también felicita a las Autoridades por la distribución de los recursos para el ejercicio fiscal 2008 y espera que los laboratorios cuenten con los materiales necesarios para la realización de las practicas lo que repercute en su formación profesional.

El C. Ray Daniel López Hernández, une a la felicitación a las Autoridades por la distribución de los recursos para el ejercicio fiscal 2008, y hace la siguiente propuesta para el mantenimiento y conservación de los baños se asigne una persona para el cuidado de los mismos.

El Dr. Jaime F. Andrade Villanueva, considera que se ha discutido suficientemente este punto y pone a consideración del pleno del H. Consejo el presupuesto de esta División de Disciplinas Clínicas y de cada uno de los Departamentos para ejercerse en el 2008 y pregunta si es de APROBARSE.

ACUERDO: APROBADO POR VOTACIÓN UNANIME.

DICTAMEN N° I/2007/04, por el cual se aprueba la propuesta del "PROGRAMA OPERATIVO ANUAL PARA EL EJERCICIO FISCAL 2008.

- SEXTO PUNTO DEL ORDEN DEL DIA, ASUNTOS VARIOS.

El Dr. Jaime F. Andrade Villanueva, pregunta al pleno del H. Consejo si existe algún Asunto Vario que tratar.

Sin otro punto que tratar se da por terminada la Sesión Ordinaria del H. Consejo de la División de Disciplinas Clínicas, siendo las quince horas con diez minutos del día ocho de noviembre de dos mil siete.

Gina Rodríguez

21207



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/

DEPARTAMENTO DE REPRODUCCIÓN HUMANA,
CRECIMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL

ACTA DEL H. COLEGIO DEPARTAMENTAL

En la ciudad de Guadalajara, Jalisco a los **14 días del mes de Septiembre del 2007**, a las 13.30 hrs. en las instalaciones del Departamento de Clínicas de la Reproducción Humana, Crecimiento y Desarrollo Infantil, se reunieron los siguientes miembros del H. Colegio Departamental: el Dr. Raúl Vargas López, Dr. J. Guadalupe Panduro Barón, Dr. José Francisco Mijangos López, L.N Martha Betzaida Altamirano Martínez, Dr. Edgar Manuel Vásquez Garibay y Dra. Alma Rosa del Angel Mmeza, con el siguiente orden del día:

- 1.- Lista de presentes.
- 2.- Lectura del acta anterior
- 3.- Renuncia de la Dra. Elisa García Morales al frente de la Academia de Nutrición, y propuesta de parte de la misma para que la Mtra. Martha Betzaida Altamirano tome su lugar.
- 4.- Presentación de los resultados del Foro Electrónico para la Creación de los Laboratorios de Evaluación del Estado Nutricio y de Ciencias de los Alimentos
- 5.- Presentación y en su caso, aprobación de los programas de Especialidades Médicas, elaborados como producto del diplomado de "Competencias Profesionales" de los siguientes posgrados:
 - Uroginecología
 - Anestesiología pediátrica
 - Dermatología pediátrica
 - Gastroenterología pediátrica y nutrición
 - Gineco-obstetricia
 - Medicina materno fetal
 - Pediatría
- 6.- Presentación por parte del dr. Guadalupe Panduro Barón de la propuesta de creación de la Academia de Sexualidad Humana.
- 7.- Ratificación del nombramiento de Presidente de Academia de Reproducción Humana para que el Dr. Guadalupe Panduro Barón continúe al frente de la misma.
- 8.- Asuntos varios.

ACUERDOS:

Una vez confirmada la asistencia de los miembros que firman la presente y realizada la lectura del acta anterior, se procedió a desahogar el orden del día.



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/

DEPARTAMENTO DE REPRODUCCIÓN HUMANA
COMITÉ ACADÉMICO DE REPRODUCCIÓN HUMANA

1.- En primer término el Dr. Vargas informa que la Dra. García Morales renunció por motivos de salud, por lo que la Academia de Nutrición presentó y aprobó la propuesta de que la Lic. En Nut. Martha Betzaida Altamirano Martínez ocupara su lugar. Lo anterior es ratificado por unanimidad.

2.- Con respecto al punto cuatro, el Dr. Vargas informó que como resultado del Foro Electrónico respecto al Proyecto de Creación de dos laboratorios, se recogieron las observaciones, mismas que se pasaron a la encargada de la elaboración de los mismos, y fueron integrados al documento final que serán enviados al Consejo Divisional. Lo anterior es aprobado por unanimidad.

Posteriormente se informa a los presentes, que una vez enviado a todos vía electrónica los diferentes programas de Especialidades Médicas por Competencias Profesionales, y al no recibir observaciones de ninguno de ellos, se pone a su consideración su aprobación. El Dr. Panduro informa que estos programas son producto de un trabajo colegiado de miembros de la comunidad de este Departamento, y posteriormente llevados al formato de Competencias Profesionales. Lo anterior se aprueba por unanimidad.

Se presenta la propuesta de la Academia de Reproducción Humana, para la Creación de la Academia de Sexualidad Humana, por parte del Dr. Guadalupe Pandero, mencionando que se vio la necesidad de esto, con base al número tal alto de grupos y profesores que en esta área existen. El Edgar Vázquez pregunta si es adecuado que exista una Academia por cada asignatura, a lo que el Dr. Vargas le informa que no, pero que lo anterior se realiza cuando el tamaño de asignaturas, capacitación docente y número de grupos, entre otras cosas, lo hacen necesario. Se aprueba este punto para ser enviado al Consejo Divisional.

Se presenta la propuesta de parte de la Academia de Reproducción Humana, de ratificar al Dr. Guadalupe Pandero Barón al frente de la misma, lo que es aprobado por unanimidad, con base a la capacidad y excelente labor del Dr. Pandero, al frente de esta Academia.

En el apartado de asuntos varios, la Dra. Alma Rosa del Ángel informa que se están elaborando en el Laboratorio a su cargo, distintos Manuales de Prácticas, haciendo entrega del primer tomo respecto al Manual de Prácticas de Bromatología, los cuáles se pretende presentar en el actual proceso de Acreditación de la Carrera de Nutrición. El Dr. Vargas comenta que es un trabajo muy bueno, y les solicita que sean aprobados en lo general, en lo que son revisados cada uno de ellos a través de la vía electrónica, y en espera de sus observaciones que deberán estar a más tardar el lunes 17 de septiembre de 2007. Lo anterior es aceptado por unanimidad.

Por último, el Dr. Mijangos informa que en breve la Academia de Crecimiento y Desarrollo, tendrá su reunión para elegir el nuevo Presidente y Secretario de la misma.



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/


UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
CARRERAS DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN HUMANA

No habiendo más asuntos que tratar, se da por terminada la sesión a las 13:55 horas.


ATENTAMENTE
"PIENSA Y TRABAJA"
GUADALAJARA, JAL. A 14 DE SEPTIEMBRE DE 2007



DR. RAÚL VARGAS LÓPEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO




DR. J. GUADALUPE PANDURO BARÓN
PRESIDENTE ACADEMIA
REPROD. HUMANA



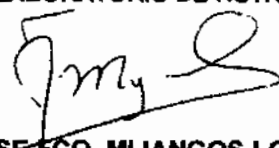
L.N. MARTHA B. ALTAMIRANO MTZ
PRESIDENTA DE ACAD. NUTRICION



DRA. ALMA ROSA DEL ANGEL MEZA
ENC. DEL LABORATORIO DE NUTRICION



DR. EDGAR M. VASQUEZ GARIBAY
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE
NUTRICIÓN HUMANA



DR. JOSÉ FCO. MIJANGOS LOPEZ
PRESIDENTE ACADEMIA DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

Centro Universitario de Ciencias de la Salud

*Departamento de Clínicas de la Reproducción Humana,
Crecimiento y Desarrollo Infantil*

SESIÓN DE COLEGIO DEPARTAMENTAL VIÉRNES 14 DE SEPTIEMBRE DE 2007

ORDEN DEL DIA

1.- PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL FORO ELECTRÓNICO PARA LA CREACIÓN DE LOS LABORATORIOS DE EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIO Y EL DE CIENCIAS DE LOS ALIMENTOS Y SU APROBACIÓN.

2.- PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, ELABORADOS COMO PRODUCTO DEL DIPLOMADO DE "COMPETENCIAS PROFESIONALES" DE LOS SIGUIENTES POSGRADOS:

UROGINECOLOGÍA
ANESTESIOLOGÍA PEDIÁTRICA
DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA Y NUTRICIÓN
GINECO-OBSTETRICIA
MEDICINA MATERNO FETAL
PEDIATRÍA

3.- PRESENTACIÓN POR PARTE DEL DR. GUADALUPE PANDERO BARÓN DE LA PROPUESTA DE CREACIÓN DE LA ACADEMIA DE SEXUALIDAD HUMANA.

4.- RATIFICACIÓN DEL NOMBRAMIENTO DE PRESIDENTE DE ACADEMIA DE REPRODUCCIÓN HUMANA PARA QUE EL DR. GUADALUPE PANDURO BARÓN CONTINÚE AL FRENTE DE LA MISMA.

5.- RENUNCIA DE LA DRA. ELISA GARCÍA MORALES AL FRENTE DE LA ACADEMIA DE NUTRICIÓN, Y PROPUESTA DE PARTE DE LA MISMA PARA QUE LA MTRA. MARTHA BETZAIDA ALTAMIRANO TOME SU LUGAR.

6.- ASUNTOS VARIOS.

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
Centro Universitario de Ciencias de la Salud

DIVISIÓN DE DISCIPLINAS CLÍNICAS
DEPARTAMENTO DE CLÍNICAS DE LA REPRODUCCIÓN
HUMANA Y DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO
INFANTIL

COORDINACIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Programa Educativo de la Especialidad Anestesiología Pediátrica
Modalidad: presencial/tutorial

Sede

Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde"



Autora

María de Jesús Castellanos Acuña

Sede

Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde"

Guadalajara, Jal. Febrero de 2006
Marzo 2009

INDICE	
	Página
INTRODUCCION	
1. DATOS GENERALES	
2. FUNDAMENTACIÓN	
Dimensión externa	
- Identificación de las necesidades de la sociedad.	
- Identificación de las tendencias en la formación y de la práctica profesional.	
Dimensión interna	
- Plano filosófico	
- Plano normativo	
▪ Aspectos generales	
▪ Aspectos particulares de la Institución	
▪ Aspectos particulares de la Especialidad	
3. ESTRUCTURA DEL PLAN DE ESTUDIOS Y ORGANIZACIÓN CURRICULAR	
Justificación	
Objetivos del Programa	
Perfil de ingreso	
Perfil de egreso	
4. PERFIL DEL DOCENTE	
Perfil profesional	
Perfil académico	
5. ESTRUCTURA CURRICULAR	
5.1. Fundamento Teórico-metodológico para el diseño curricular y su implantación.	
5.2. Identificación y definición de las unidades de aprendizaje	
5.3. Unidades de aprendizaje	
5.4. Plan de Estudios [estructura]	
5.4.1. Áreas de formación:	
▪ Especializante Obligatoria (Atención Médica)	
▪ Básica Particular Obligatoria (Investigación y Educación Médica)	
5.4.2. Unidades de aprendizaje que las integran.	
5.4.3. Total de créditos; total de horas teoría y horas práctica.	
6. PROGRAMAS DE ESTUDIO DE LAS UNIDADES DE APRENDIZAJE	
7. METODOLOGÍA EMPLEADA PARA EL DISEÑO CURRICULAR	
8. CRITERIOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN:	

8.1.	Estrategias de operación del programa:	
	▪ Total de horas crédito a cubrir.	
	▪ Total de horas	
	▪ Dirigido a	
	▪ Duración	
	▪ Ingreso	
	▪ Tutorías académicas	
	▪ Propedéutico	
	▪ Requisitos de ingreso	
	▪ Requisitos para la obtención de grado	
	▪ Sistema de titulación	
	▪ Costo matrícula.	
8.2.	Propuesta de transición entre planes de estudio	
8.3.	Duración del Programa	
8.4.	Mínimo y máximo de alumnos requeridos para abrir una promoción del programa.	
9. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA EDUCATIVO		
10. ORGANIZACIÓN ACADÉMICA ADMINISTRATIVA		
	10.1. Planta Académica y perfil de los profesores incluyendo las líneas de investigación en las que participa.	
	10.2. Recursos financieros para su operación	
	10.3. Infraestructura física y apoyo administrativo.	
11. PROGRAMAS DE INVESTIGACIÓN		
12. INFRAESTRUCTURA NECESARIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE CADA PEEM EN LAS USP (Unidades Sede de Programa)		
13. REQUISITOS DE INGRESO, PROMOCIÓN Y ACREDITACIÓN.		
BIBLIOGRAFÍA		
ANEXOS:		
1	Normatividad	
2	Cuadro comparativo de la oferta educativa similar	
3	Cuadro metodológico con el que se construyó el perfil de egreso.	
4	Programas de Estudio de las Unidades de Aprendizaje que conforman el Plan de Estudios.	
5	Formato para evaluar la dimensión externa	
6	Formatos para la evaluación de competencias de los alumnos	
7	Programa Institucional de Investigación	
8	Infraestructura necesaria para la implementación del programa	

INTRODUCCIÓN

La necesidad de modificar los planes de estudio de los programas de postgrado en la Universidad de Guadalajara es una prioridad para estar acordes al nuevo orden mundial de acuerdo con los tratados de libre comercio y la necesidad de formar especialistas capacitados con el mas alto desempeño de profesional, considerando un enfoque científico antropológico, social y humanístico el cual deberá tener en cuenta los aspectos psicológicos, sociales, éticos, culturales económicos y políticos además de los científicos, esto es lo que a motivado al Centro Universitario de Ciencias de la Salud a realizar estos cambios que lleven a la Universidad de Guadalajara y a los futuros especialistas de las diversas áreas de la medicina a ser competitivos con un alto desempeño y sentido de responsabilidad acordes a las necesidades del país y del estado, asegurándose que sus egresados sean capaces de reconocer las diferencias entre las situaciones medicas que puede asumir, aquellas que deban derivar y las que obligatoriamente deban resolver, favoreciendo el desarrollo del pensamiento critico y del aprendizaje activo. Este trabajo no a sido una tarea fácil por el contrario llena de trabajo y de investigación por parte de la Coordinación de Especialidades Médicas del C.U.C.S, de los profesores del curso para la modificación de los programas así mismo de los profesores de los cursos de postgrado buscando una mejoría sustentable para la aplicación de estos programas en donde el más beneficiado sea el estudiante de postgrado, en donde la educación se transforme en un proceso de aprendizaje permanente, creando conciencia en el estudiante que durante su estancia en las unidades sede no será fácil y por el contrarió estará llena de trabajo supervisado desde el inicio de sus especialización en los distintos ámbitos del aprendizaje, centros de documentación, laboratorios, centros hospitalarios, consultorios en la misma comunidad creando nuevos horizontes en donde tenga que hacer para aprender y tomar decisiones que beneficien a sus pacientes, a la población de su país y a la comunidad medica siendo facilitadores para la generación de nuevos conocimientos que sean aplicados en bienestar de la salud de la población. Es responsabilidad de la universidad y de las unidades sedes tener egresados profesionales con calidad humana con un saber superable día con día, que estén capacitados para ser eficaces

educadores de la comunidad, centrando este accionar en aspectos vinculados a la promoción y prevención de la salud que nos lleve a la vanguardia en ciencias de la salud en nuestro estado y nuestro país.

1. DATOS GENERALES

Nombre de la institución

Universidad de Guadalajara

Nombre del plan de estudios

Programa Académico de Subespecialidad en Anestesiología Pediátrica

Tipo de solicitud

Actualización y modificación.

Entidad Federativa

Guadalajara, Jalisco.

Tipo de Institución

Pública.

Nivel Educativo del Plan de Estudio:

Especialidad

Modalidad

Escolarizado Tutorial por Competencias Profesionales Integradas.

Duración del Ciclo

Ciclo anual con 48 semanas cada uno.

Total de horas y créditos

5,760 hrs. y 360 créditos

Distribución de horas y créditos por semana

ÁREAS DE FORMACIÓN	HORAS / SEMANA	CRÉDITOS/ SEMANA	DISTRIBUCIÓN DE HORAS**			
			Teoría	Práctica c/tutor	Práctica s/tutor	Total horas
Atención médica	55 hrs.	3.43	5	31	19	55
Investigación médica	3	0.18	1	1	1	3
Educación médica	2	0.14	1	1		2
TOTALES	60	3.75	7	33	20	60

Total de créditos por año 180

*La carga horaria semanal correspondiente a la atención médica será la misma para todas las especialidades, 55 horas a la semana. El Trabajo de Atención Médica (TAM) y el Seminario de Atención Médica (SAM), podrá tener diferente distribución de hrs. de acuerdo a las necesidades del programa y en congruencia con la Norma 090SSA de las Residencias Médicas.

** Teoría: Correspondientes a sesión y clase

Práctica con Tutor: corresponde a la actividad asistencial supervisada directamente por el Profesor

Práctica sin Tutor: corresponde a las actividades desarrolladas durante las guardias sin la supervisión directa de un profesor

Antecedentes normativos

Se aprueba por el H. Consejo General Universitario en Guadalajara, Jalisco, con fecha del 04 de Febrero del 2002 con No. De dictamen 1367/2002.

2. FUNDAMENTACION

2.1 Dimensión externa

Identificación de las necesidades de la sociedad

Aspectos Socioeconómicos que permean la propuesta

El desarrollo social, económico y educativo de nuestro país son influencias directas en la demanda de servicios de salud básicos y de especialidad en un contexto en el que predomina la siguiente problemática:

- a) **Económica.-** Los cambios económicos y políticos que han venido sucediendo a nivel mundial y particularmente en América Latina durante las últimas décadas; Se encuentran inmersos en una serie de cambios vertiginosos y de gran magnitud denominado globalización, -una globalización desde nuestro punto fragmentaria- que se sintetiza en una transición económica neoliberal y en reacomodo de fuerzas políticas a escala internacional, aspectos que afectan los modos de producción y la organización social del trabajo sobre todo a partir de la denominada tercera revolución científico-tecnológica.

- b) **Política.-** Igualdad y justicia han sido los pilares de todas aquellas sociedades que se autocomplacen en una supuesta o real democracia. En torno a estos dos pilares el estado mexicano conforme su política general de desarrollo con todos aquellos modelos adoptados y a su tiempo desechado. Ahora con el nuevo esquema, estamos siendo llevados a un proyecto que viene a cambiar por completo las estructuras y relaciones sociales y que conlleva una transformación del propio estado y sus instituciones, en donde la igualdad y justicia adquieren otra connotación que se desprende del estrecho margen que la crisis o este crítico modelo imponen. De ahí la importancia de debatir y reflexionar sobre sus supuestos y consecuencias en la formación de recursos humanos para la salud, en donde ganancia, recortes, pagos de deuda, cambio, producción y

modernización son los conceptos que denominan el discurso, permean a la sociedad y modifican directamente a los servicios de salud en general y a las universidades en particular. SOCIAL- La salud no sólo es un fenómeno biológico e individual, en el momento presente existen pocas objeciones a reconocer también su naturaleza y consecuencias de orden social. Sabemos que aunque se manifiesta de manera específica en estructuras orgánicas particulares éstas se encuentran inmersas en una red de relaciones sociales que contextualizan su génesis y desarrollo

La condición social de la universidad de Guadalajara históricamente ha venido respondiendo a las necesidades sociales en el ámbito que le corresponde. Estos condicionantes histórico- sociales han sido cambiantes, producto de la evolución del conocimiento científico. Los modelos prevalecientes son la síntesis y conjugación de las modalidades y ensayos que se han venido conformando en consonancia con el tipo de sociedad en que se gestan y al grado de desarrollo prevaleciente

En base a las necesidades y problemática descrita, podemos deducir que la mayoría de las Instituciones de Salud están egresando profesionales en Anestesiología para satisfacer las demandas de la atención médico-quirúrgica de II nivel.

Por otro lado dentro de los problemas y necesidades sociales detectados, los siguientes han tenido un mayor impacto para el desarrollo y reconocimiento de nuestra especialidad:

- a) Hospitales insuficientes y con una infraestructura inadecuada.
- b) Falta de apoyo a la Investigación.
- c) Egreso de profesionales que no cumplen los estándares de calidad.
- d) Relación médico-paciente inadecuada.
- e) Establecimiento y aplicación de la Normatividad para la evaluación y la Práctica Profesional.

Falta de recursos económicos e infraestructura hospitalaria que permitan la formación de egresados competitivos y calificados, en un país aún en vías de

desarrollo, donde además influyen la utilización de programas universitarios y de evaluación obsoletos, diferencias en los estándares de calidad y en necesidades e infraestructuras interinstitucionales y personal docente apático y desmotivado por la falta de incentivos en cuanto a apoyo institucional para la docencia y reconocimiento curricular.

Falta de recursos e infraestructura hospitalaria para apoyar la investigación (humanos, tecnológicos, económicos, etc.) ya que la carga horaria está destinada a actividades asistenciales. El resultado es falta de cultura e interés por la investigación, y de personal preparado para la misma.

Relación médico-paciente inadecuada: existe desinterés por llevar a cabo los programas de Medicina Perioperatoria y establecer un rapport adecuado desde el preoperatorio y un seguimiento hasta el postoperatorio. Esto implica que en ocasiones el paciente no conoce o identifica al anestesiólogo, lo que ha repercutido en una desvalorización y falta de proyección de nuestra especialidad.

Relación entre los problemas y su dimensión entre lo político, económico, social, cultural y religioso.

POLITICO: Existe un sistema político unidireccional, con desvinculación entre lo operativo y los mandos superiores.

ECONOMICO: Presupuestos insuficientes para los Programas de Salud y para intensificar los programas de Medicina Preventiva. Por otro lado la pobreza existente en un alto porcentaje de la población, le impide tener acceso en su totalidad a nuestras Instituciones de Salud o a una atención en la práctica privada.

SOCIAL: Mayor morbimortalidad, mayor incidencia de patologías quirúrgicas, Instituciones Públicas de Salud saturadas e insuficientes y en consecuencia falta de una atención de calidad y de una adecuada relación médico-paciente. Aunado a lo anterior existe falta de credibilidad en nuestra especialidad, y el egreso de profesionales no está capacitado en su totalidad para una atención de III nivel, (que aunque no necesaria para satisfacer la problemática básica de salud, si es parte de la preparación óptima de un anestesiólogo).

CULTURAL: No existe aún una cultura en salud, el alto índice de pobreza perpetúa la ignorancia, las creencias populares, tabúes, conceptos erróneos, etc. Por otro lado el ingreso de nuestro país al TLC, con nuestros vecinos de EU y Canadá, ha traído como consecuencias una mayor relación e intercambio científico, profesional, tecnológico e informativo, que han derivado en que un sector de la población tenga acceso a las computadoras, a medios de comunicación universal como Internet y a mejores oportunidades de preparación. El resultado es una sociedad más demandante y un aumento en la cultura por las demandas.

RELIGIOSO: Ante una sociedad de la que la mayoría acepta profesar alguna religión, su influencia se manifiesta por la renuencia por parte de algunos pacientes a recibir cierto tipo de procedimientos anestésicos, por ejemplo la negativa de los Testigos de Jehová a aceptar una transfusión sanguínea durante el perioperatorio, lo cual pone al anestesiólogo en una disyuntiva moral, ética y legal.

Diagnostico de problemas y necesidades sociales y de salud sobre la base de la OPS.

Principales indicadores de recursos humanos en instituciones del Sistema Nacional de Salud por entidad federativa, 2002 y 2003

(Por 100 mil habitantes) Entidad federativa	Médicos ^a		Odontólogos		Enfermeras ^b	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Estados Unidos Mexicanos	120.5	139.4	8.9	8.8	190.1	187.1
Aguascalientes	143.5	179.0	9.5	14.0	224.0	240.2
Baja California	111.0	101.9	8.3	8.4	186.4	171.5
Baja California Sur	223.0	239.9	15.6	13.8	336.2	297.4
Campeche	163.2	181.9	11.1	11.3	217.8	211.9
Coahuila de Zaragoza	136.3	152.9	8.3	8.9	248.8	233.9
Colima	161.7	188.1	9.2	8.4	235.1	248.4
Chiapas	88.2	94.8	7.4	7.3	118.7	118.6
Chihuahua	98.6	115.1	6.6	6.4	179.4	171.9
Distrito Federal	279.6	334.7	20.5	18.6	476.3	477.1
Durango	136.1	163.9	8.5	8.9	202.1	210.8

Guanajuato	80.6	98.7	5.5	5.7	122.6	126.7
Guerrero	100.2	115.5	7.0	7.6	144.6	147.5
Hidalgo	102.6	121.9	8.0	7.7	158.2	160.7
Jalisco	126.6	146.6	7.6	7.2	195.4	192.7
México	71.8	84.6	7.0	7.7	109.3	105.0
Michoacán de Ocampo	87.1	102.8	8.1	8.8	122.1	129.0
Morelos	107.7	119.9	9.3	8.1	167.9	163.6
Nayarit	130.7	155.6	9.7	9.7	201.8	200.9
Nuevo León	118.3	133.4	8.9	8.5	236.4	202.1
Oaxaca	88.3	95.7	6.1	6.3	126.5	127.2
Puebla	92.1	103.7	8.4	8.2	133.0	134.4
Querétaro de Arteaga	109.5	126.6	8.3	8.6	170.7	164.4
Quintana Roo	137.1	138.2	9.7	8.1	194.5	169.5
San Luis Potosí	94.1	109.0	7.7	8.7	145.7	161.4
Sinaloa	117.1	132.6	7.3	6.7	204.2	187.1
Sonora	141.1	165.5	7.9	6.6	233.6	232.0
Tabasco	155.3	175.7	14.8	16.4	210.9	211.7
Tamaulipas	142.1	454.0	7.8	20.0	227.8	627.2
Tlaxcala	116.5	134.5	8.4	9.6	160.0	160.5
Veracruz de Ignacio de la Llave	106.7	125.3	7.4	7.5	147.0	149.8
Yucatán	130.5	141.0	7.8	7.8	214.9	210.4
Zacatecas	97.6	124.4	6.9	7.5	144.4	158.3

NOTA: Cálculos con base en la población total proyectada por CONAPO.

^a Se refiere a aquellos que se encuentran en contacto directo con el paciente. Comprende médicos generales, especialistas, residentes, pasantes y odontólogos.

^b Comprende enfermeras auxiliares, generales, especializadas y otras.

FUENTE: SSA. *Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios. Volumen I.* Núm. 22 y 23. México, D.F.

| [Definiciones](#) | [Siglas](#) | [Ligas a fuentes](#) |

Fecha de actualización: Lunes, 31 de Enero de 2005

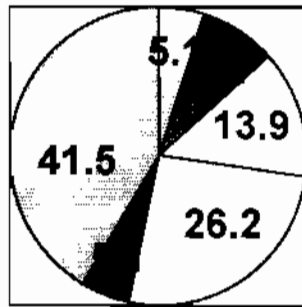
Principales Servicios Otorgados en las Instituciones Públicas del Sector Salud según Régimen e Institución
2003

TOTAL	SEGURIDAD SOCIAL	ASISTENCIAL SOCIAL
-------	------------------	--------------------

TIPO DE PERSONAL		IMSS	ISSSTE	PEMEX	SM	SJ	HOSP. CIVIL GUAD.	NUEVO HOSP. CIVIL GUAD	CRUZ VERDE	DIF
Estudios de Diagnóstico	15502184	7921875	1040875	17,904	6,286	1967307	2641843	1718483	175,524	12,087
Intervenciones Quirúrgicas	230790	118749	7901	0	98	70206	18707	13242	1,887	0
Partos Atendidos	107240	47524	1332	41	73	41731	581	15958	NA	NA

Quirófanos de las Unidades Médicas en servicio de las Instituciones Públicas del Sector Salud, según Institución:

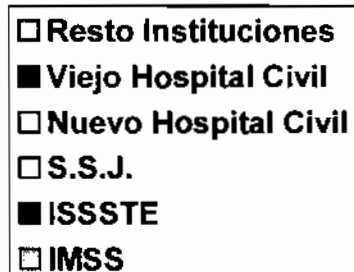
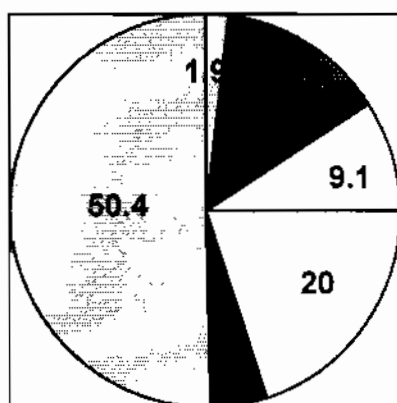
Quirofanos



- Resto Instituciones
- Nuevo Hospital Civil
- Viejo Hospital Civil
- S.S.J.
- ISSSTE
- IMSS

Camas Censables de Las Unidades Médicas en servicio de las Instituciones Públicas del Sector Salud , según Institución 2003:

Camas Censables



Distribución de cirugías por Servicios en El Hospital Civil de Guadalajara en 2003

PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS		
Servicio	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía General	20	0.6%
Cirugía Medina Legal	1	0.0%
Dermatología	4	0.1%
Ginecología	4	0.1%
Neurocirugía	220	6.5%
Oftalmología	244	7.3%
Oncología	6	0.2%
Ortopedia-Traumatología	721	21.4%
Otorrinolaringología	441	13.1%
Cirugía Pediatría	1406	41.8%
Cirugía Plástica y Reconst.	132	3.9%
Proctología	1	0.0%
Tórax y Cardio Vascular	105	3.1%
Unidad Transplantes	48	1.4%
Urología	9	0.3%
TOTALES	3362	100%

Haciendo una análisis de las cirugías totales reportadas por las diversas instituciones en el año 2003 en el estado de Jalisco observamos que en el

Hospital Civil de Guadalajara se realizaron un total de 18,707 cirugías, no incluyen las obstétricas y si analizamos la gráfica anterior podemos ver los totales de las que a pediatría corresponde siendo de 3362 pacientes menores de 15 años lo que nos daría un resultado de aproximadamente un 20% de ese total, haciendo la aclaración de que no se encuentran incluidas las anestесias para procedimientos fuera de quirófanos como son las de estudios de diagnóstico: tomografías, resonancias que también son muy frecuentes en este tipo de pacientes, pero con estos resultados podemos deducir que si somos 3 anestesiólogos pediatras nos corresponden aproximadamente 3 cirugías por día si las dividimos en los 365 días del año. Estos resultados son propios de nuestra institución, el resto de los hospitales la mayoría no cuenta con personal con subespecialidad por lo que los procedimientos quirúrgicos son realizados por Anestesiólogos Generales podemos concluir que el campo en esta área aún no se encuentra completamente cubierto y sobre todo que actualmente tendemos a las subespecialidades para mejor atención al paciente.

2.1.2 De la profesión

Estudio de Mercado Laboral prospectivo de los egresados

La Secretaría de Salud a nivel Nacional en el área de Anestesiología Pediátrica ha presentado los siguientes ingresos.

<i>INGRESOS DE RESIDENTES A ANESTESIOLOGIA PEDIATRICA</i>			
<i>Año</i>	<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>	<i>Total</i>
2000	3	3	6
2001	3	5	8
2002	4	4	8
2003	5	3	8
2004	5	4	9
2005	4	5	9
<i>Totales</i>	24	24	48

La Demanda de capacitación en la Subespecialidad de Anestesiología Pediátrica en el OPD Hospital Civil de Guadalajara se ha incrementado Notablemente desde

1997 con el aumento de quirófanos, por lo que desde 1999 se inicia con los tramites para su establecimiento, aceptándose solo un residente por año, el primer ingreso fue otorgado por la SSA en 2001 y el reconocimiento por la Universidad de Guadalajara en el 2002, en su primer año hubieron 9 solicitudes, en el 2002 fueron 7, en el 2003 2, en el 2004 5 y en el 2005 9.

El Hospital Civil ha aceptado 5 residentes a la subespecialidad de Anestesiología Pediátrica del 2001 al 2005.

Han egresado 3 y 2 se encuentran en formación. Su ámbito de desarrollo laboral en el siguiente:

Los tres egresados laboran en SSA. Uno es empleado en el Hospital Civil de Guadalajara, Uno en Tototlán Municipio de la Barca y el último en Ameca, cabe mencionar que los dos últimos trabajan como Anestesiólogos Generales, no han realizado solicitudes a otras instituciones ya que el Hospital creará nuevas plazas en esta área y estan en espera.

Año	Médicos ^a	Odontólogos	Enfermeras ^b
1996	112.1	8.3	183.7
1999	117.0	8.9	187.8
2000	120.0	9.0	191.3
2001	120.5	8.9	190.1
2002	118.6	8.8	187.1
2003	118.5	6.8	182.1

NOTA: Cálculos con base en la población total proyectada por CONAPO.

^a Se refiere a aquellos que se encuentran en contacto directo con el paciente. Comprende médicos generales, especialistas, residentes, pasantes y odontólogos.

^b Comprende enfermeras auxiliares, generales, especializadas y otras.

FUENTE: SSA. *Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios. Volumen I* (varios años). México, D.F.

|

Fecha de actualización: Lunes, 10 de Enero de 2005

**Recursos Humanos de las Instituciones Públicas del Sector Salud por tipo
de Personal según Régimen e Institución
2003**

TOTAL		SEGURIOAD SOCIAL				ASISTENCIAL SOCIAL				
TIPO DE PERSONAL		IMSS	ISSSTE	PEMEX	SM	SJ	HOSP. CIVIL GUAD.	NUEVO HOSP. CIVIL GUAD	CRUZ VERDE	DIF
Personal Médico	43,784	25,240	2,244	50	49	8,507	3,337	2,615	863	479
Médicos Espe – cialistas	3,718	2,023	329	3	6	522	397	273	116	47
Residentes	1,707	613	121	0	0	239	410	253	62	9

Historia de la Especialidad.

Antecedentes Históricos de la Anestesia Pediátrica.- La anestesia pediátrica ha pasado por varios periodos en su historia. Desde sus inicios las anestесias que se practicaban eran iguales a las del adulto, no existían diferencias, encontramos que se utilizaban las mismas mezclas de drogas produciendo sueño y derivados del opio para alivio del dolor, impregnaban esponjas y se le administraban directamente al paciente, también encontramos técnicas como el ahorcamiento para producir hipoxia, golpe en la cabeza ambas, aprovechando la pérdida del conocimiento para realizar el procedimiento, así como la utilización del alcohol para producir embriaguez y la utilización del frío para disminución de la sensibilidad, Con la aparición de los agentes anestésicos por inhalación se inicia la verdadera época de la anestesia quirúrgica, así como los antecedentes de la anestesia pediátrica

Ya en 1842 se reportan casos de corrección de estrabismo bajo anestesia. El primer caso publicado con anestesia por inhalación fue el 3 de julio de 1842 por Crawford W. Long era Jack de 8 años y se le realizó una amputación de un dedo del pie con éxito, el segundo se encuentra en el libro de James Robinson, un niño de 8 años para un procedimiento dental, además describe anestесias para cirugía de corrección de estrabismo bajo anestesia. John Snow a quien se le considera el primer anestesiólogo también en 1847 es el primero que realiza las descripciones de las diferencias que existen entre el adulto y el niño bajo anestesia, desde la inducción hasta la recuperación, en 1857 en su libro del Cloroformo y otros anestésicos, incluye 186 casos de niños menores de un año de edad, siendo los más pequeños entre 8 y 10 días de nacidos a quien les aplica anestesia, observando como se tranquilizan y se recuperan rápidamente y esto se lo atribuye a su rápida respiración y circulación con la utilización del cloroformo, no reporta ningún accidente y en niños muy pequeños identifica también efectos de sobredosis que pueden llevar a la fatalidad, presentando la experiencia en un caso de un niño de seis años que tuvo paro cardíaco recuperándose sin ningún Problema. La seguridad del cloroformo en niños se discutió por décadas, En 1867 un cirujano francés Giradles escribió protestando sobre los accidentes del

cloroformo atribuidos a la inmunidad de los niños, posteriormente Bergeron de París manifiesta que es perfectamente seguro en niños de todas las edades hasta los de un día de nacidos, percibe la relación entre toxicidad y mortalidad, esta opinión se acepta por muchas escuelas aunque se dificulta la aceptación. En 1894 James Guthrie pediatra británico presenta casos reporte de nueve muertes en niños debido a toxicidad hepática lo que ocasiono que se fue disminuyendo su uso. En 1901 Frederic Hewitt describe la facilidad con la que en comparación al adulto, se dominan los niños al administrar un anestésico, considera un error suponer que no son susceptibles a los efectos de toxicidad, y es debido a sus condiciones respiratorias y cardíaco, su depresión es más rápida y debe de ser atendida de inmediato para no poner en riesgo su vida. En consecuencia a finales del siglo XIX inicia la utilización del éter en pediatría, reportando una rápida inducción, pudiendo operarse inmediatamente sin excitación y con recuperación en cuanto se retira la mascarilla, el paciente abre los ojos en pocos minutos y no cree que haya sido operado tan rápido. Lo que lleva a la creación de infinidad de mascarillas de diversos materiales para la administración de anestesia con diferentes técnicas. A quien se le considera el primer anesthesiólogo pediatra es a Charles Mayo de Minesota, de la famosa familia Mayo. En 1914 James T. Gwathmeys escribe su libro donde describe diversas técnicas anestésicas esparcidas por diversos capítulos, no estaban recolectados en uno solo, esta deficiencia persistió por 30 años, menciona ya la técnica rectal, además de cómo un niño puede disminuir su resistencia si es anestesiado en los brazos de su madre o de la enfermera, el olor poco agradable de los gases y como se le pueden agregar perfumes para disminuir el olor irritante y es aceptado con más facilidad, también se le puede agregar esencia de naranja en la mascarilla. En 1919 Dr. Coffin practica con óxido nitroso en niños con éxito, introduce el término de sueño de viento Arthur Guedel establece técnicas de inducción en 1921. No todas las anestесias tuvieron un feliz, cuando existía una muerte durante la cirugía se le llamo estado linfático para explicar el colapso cardiopulmonar que se le atribuyo erróneamente a la hiperplasia del timo o de las estructuras linfáticas, aceptándose por años. Gwathmey no acepta el término, establece el masaje cardíaco y la

respiración artificial y concluye que es debido a la pobre administración de anestésico lo que frecuentemente ocasiona la muerte, y es aquí cuando los errores se le atribuyen a la persona que administra la anestesia. En 1948 Digby Leigh y Kathleen Belton informan que después de anestesiarse a 18,000 niños no han tenido esta calamidad y el estado linfático es el diagnóstico que cubre múltiples pecados de la anestesia o quirúrgicos, Esto persiste por años por ignorancia y que puede disminuir si se tienen más cuidados en los pacientes.

En la Anestesia Regional el desarrollo de la procaína y de otros anestésicos locales incrementaron la popularidad de esta técnica, estaba reservada a los adultos ya que cooperaban para su aplicación, pocos anestesiólogos la utilizaron en niños y lo hacían como infiltración o regional. A pesar de que en 1898 se aplicó la primera anestesia espinal en el adulto en el niño hubo un atraso debido a que se consideraron algunas dificultades para su aplicación, demandan una sedación más profunda o ligera o una anestesia general para poderse realizar, no es hasta 1909 cuando Tyrrel Gray describe 200 casos de anestesia espinal en niños, sin recibir sedación, tolerando, se reportan 4 fallas 30 pacientes vomitaron en 1923 Robert Emmett Farr en su libro Practica de la Anestesia local contiene múltiples fotografías de pacientes bajo anestesia local, utilizó procaína con altos volúmenes de infiltración para cirugía abdominal y de extremidades en 129 niños, utilizo como implemento la anestesia por inhalación, notó que en cirugía abdominal el paciente forcejeaba produciendo presión negativa, ocasionando salida de los intestinos produciendo una situación embarazosa ya que se tiene que introducir los intestinos. En 1932 J. Marion realizó un estudio con 653 niños con anestesia espinal con procaína al 4% tuvo 15 fallas: frío, vómito, tendencia a pérdida de la conciencia a quienes trataron con cafeína. A mismo tiempo C. I. Junkin de Toronto reporto pacientes con anestesia regional, sin número solo expresó la edad de 2 semanas a 17 años, incluyo toracotomías y lobectomías reporto fallas que corrigió con anestesia general. En 1933 Campbell reporta 83 casos para intervenciones urológicas, con procaína al 2% con el 10% de fallas. En 1935 Balacesco reporta 1241 pacientes con anestesia espinal con procaína al 4%, observo dolor de cabeza en pacientes mayores de 15 años, se manejaron con ayuda de anestesia

general con cloroformo. En 1942 Rafael Vara Lopes de España, publica 438 pacientes con anestesia espinal en niños con dobutaína, las complicaciones encontradas fueron náusea y vómito. W. Etherington realizó 1600 casos de anestesia espinal con niños de 16 días de nacido a 3 años, con dobutaína, no tuvo complicaciones. En 1951 en el primer libro de anestesia pediátrica de los Drs. Digby Leigen y K. Belton ya mencionaban la anestesia regional y sus complicaciones por sobredosis y su tratamiento con ciclopropano. En 1954 F.G. Ruston de Canadá presenta un caso con bloqueo peridural por vía lumbar y posteriormente presenta una serie de 77 niños con bloqueos torácicos y lumbares, inicialmente utilizó procaína y posteriormente lidocaína, no hubo complicaciones, la dificultad que presentó fue la identificación del espacio por pérdida de la resistencia. En 1959 A. Fortuna de Brasil reporta 38 casos de anestesia caudal con lidocaína, demostró las ventajas de la técnica que se difundirían en las dos décadas siguientes. En 1961 presenta su experiencia con esta técnica y presenta los riesgos encontrados. Peter Spiegel compañero de Fortuna publica 128 casos de bloqueos para Hernia Inguinal, presentó un 23.2% de fallas, creando una fórmula que les da suficiente analgesia para llegar a torácica 10. En 1964 Ruston publica un estudio con 172 cirugías con bloqueo peridural torácico y lumbar, pero sin equipo adecuado, en ese mismo año Italo Rodríguez publica 36 bloqueos peridurales lumbares sin ninguna complicación. En 1967 Fortuna reporta 170 bloqueos caudales con adecuada analgesia en la mayoría de los casos, presentó convulsiones en dos de los casos y se atribuyeron a la sobredosis con lidocaína, con tratamiento adecuado y sin secuelas. En 1974 Kay de Inglaterra es el primero que reporta el bloqueo caudal para analgesia para control del dolor post operatorio en 300 casos de circuncisión. En 1982 Mc Gown nos da su experiencia con 500 casos con bloqueo, reporta 2.8 % de fallas con cuatro muertes por paro cardíaco, posteriormente reporta 400 casos sin ninguna complicación. En 1984 John Abejian inicia la era de la anestesia espinal, reporta 78 niños, la mitad de los pacientes catalogados como alto riesgo, ocho años más tarde reporta 10,000 casos de niños con problemas respiratorios y la recomienda como una técnica segura. En 1987 Brodman de Estados Unidos describe 1154 bloqueos caudales sin

complicaciones. En 1988 Carlos Alberto de Brasil reporta 4,416 bloqueos caudales sus complicaciones fueron taquicardia en 6 de los casos pero sin llegar a la muerte. En China Z. Zhan presenta más de 10,000 bloqueos, 5,034 bajo anestesia peridural lumbar o torácico sin complicaciones, anteriormente ningún autor describió formulas de cálculo de dosificación, no existían hasta que Masao Yamashita de Japón describe las características, la técnica del bloqueo y la cuantificación de la dosis de acuerdo al área deseada de analgesia, incluyó epinefrina para detección de inyección intravascular inadvertida. En 1989 Bernard Dalens de Francia, publica múltiples artículos y dos libros que contienen capítulos de anestesia regional, publica un artículo con 750 casos donde aplicó técnica caudal, tuvo un 4% de fallas, ocurrieron en los niños mayores de 7 años se atribuye a sobre dosificación, prefiriéndose en estos casos la vía lumbar, posteriormente Paolo Busoni de Florencia describe la técnica trans-sacral y reporta 7,000 casos de anestesia regional incluyendo bloqueos axilares y femorales con éxito. A través del tiempo se ha demostrado que la anestesia regional es una técnica segura si se tiene los conocimientos necesarios así como la experiencia en la práctica pediátrica, los resultados de todos los autores son buenos y observamos pocas complicaciones, actualmente ha evolucionado administrando diferentes anestésicos y agregando otras drogas para conseguir otros efectos que perduren para control del dolor postoperatorio.

En cuanto a las publicaciones en 1920 se podía ocasionalmente encontrar artículos de anestesia pediátrica. En 1923 aparece el primer libro de Anestesia Pediátrica de C. Langton Hewer de Londres y en él habla de la intubación como un método más seguro para administrar anestesia general, aunque no se aplicó rutinariamente, en sus fotografías se observa equipo para adultos y solo algunas mascarillas para niños. En 1925 Charles Robson es el primer jefe de un servicio de Anestesiología del Hospital Pediátrico en Toronto en su libro describe técnicas para los pacientes con obstrucción pilórica, Broncoscopias y para pacientes traumatizados con estómago lleno y enfatiza las necesidades del control de la vía aérea a través de un catéter endotraqueal y aunque aún no se había introducido la laringoscopia lo hacía por palpación. En 1937 Ayre introduce una pieza en forma

de T para que mediante ella se anestesia a los pacientes, se puede utilizar con intubación lo recomienda para pacientes neuroquirúrgicos, en labio y paladar hendidos, se le considera el primer circuito pediátrico precursor de los actuales. En 1950 Jackson Rees modifica la T de Ayre permitiendo mejor control de la ventilación acompañándose de la utilización de relajantes musculares. En el Alder Hey en el Hospital de Liverpool en este mismo año se le agrega la bolsa reservoria y se utilizó para ventilación espontánea o controlada de manera manual. En 1930 se favorece la creación de circuitos de reinhalación utilizando la cal sodada para absorber el dióxido de carbono. En Estados Unidos Guateas introduce el canister too and fro y posteriormente los circuitos circulares. En la Segunda Guerra Mundial se utilizan los sistemas circulares específicamente pediátricos el Ohio y Blomquist presentando como principal problema la resistencia a la vía aérea de sus válvulas hasta que se introdujo el circulador de Revell con lo que disminuyó las resistencias. Posteriormente aparecen circuitos de no reinhalación utilizando válvulas unidireccionales para respiración espontánea, se crea la válvula de metal Leigh posteriormente Stephen-Slater obligando con esto a la ventilación controlada, aparecen también las de Fink, Frumin, Lewis-Leigh, aparecen también aparatos para resucitación como el ambú. Ya en 1907 se utilizaba el estetoscopio como monitorización, Robert M. Smith de Boston en 1954 lo introduce en anestesia pediátrica como monitorización de frecuencia cardíaca y respiratoria. Los laringoscopios pediátricos fueron creados por Edgar Sowards. Los ventiladores mecánicos aparecen en 1960, aunque se había iniciado en 1952. Code Smith adaptan la primera máquina pediátrica en Toronto y después en Inglaterra basándose en la de los adultos, después se les agregan los ventiladores pequeños. En estas fechas Leslie Rendal identifica que las mascarillas de adulto ocasionaban mayor espacio muerto en los niños, Donald Soucek crea las primeras mascarillas. En 1960 se consideraba extravagante la monitorización de la presión arterial, los procedimientos de monitorización invasiva eran inadecuados y se dejaban solo para procedimientos mayores.

Con orificio sobre la nariz proporcionando cambios en la ventilación, Tovell establece como medida internacional en orificio con diámetro de 22 mm. Como

estándar, en Estados Unidos produce un adaptador de la mascarilla que también se puede utilizar para el tubo endotraqueal. Los primeros tubos endotraqueales fueron de caucho en 1930 introducidos por Magill posteriormente son de plástico. Toverl introduce las cánulas con un armazón interno para prevenir el acodamiento en cirugía de cuello y de neurocirugía, el tubo más pequeño fue el 3.5 mm, Sheridan introduce el plástico también se le colocaron marcas para la longitud del tubo endotraqueal. En 1968 se introducen los brazaletes de latex para recién nacidos y lactantes lo que lleva a la utilización de la presión arterial como monitorización.

El crecimiento de la anestesia pediátrica se desarrolla con la participación de nombres, Agustín Iomont, William Mc Quiston pioneros de la cirugía de corazón. Las investigaciones de James Eckenhoff, Virginia Apgar, Stanley James, Ernest Salanitre, Herman Racknow quienes iniciaron para posteriormente transmitir sus conocimientos que evolucionaron las técnicas, el primer libro de texto fue en 1948 por Digby Leigen, Kathleen Belton siendo un clásico internacional, posteriormente aparecen otros Robert Smith, Ronald Stephen, Harold Davison. En 1950 la anestesia pediátrica era aún aprendida como destreza o habilidad y se le consideraba desde entonces más un arte que una ciencia. En algunos lugares en 1960 todavía el recién nacido era sometidos a procedimientos quirúrgicos sin ningún tipo de anestesia, los anestésicos y los conocimientos para estos pacientes era muy limitado. La anestesia pediátrica ha tenido avance en estas dos últimas décadas con el conocimiento más profundo de la anatomía, fisiología, la patología y la farmacología del niño especialmente el recién nacido, así como como la introducción de equipos de anestesia y monitorización de acuerdo a la edad de los pacientes, permitiendo con esto mejorar técnicas y un cuidado más preciso del paciente, al mismo tiempo se crea la responsabilidad anestésica que se expande no solo en sala de operaciones, cubriendo también los cuidados intensivos, técnicas de resucitación, apoyos ventilatorios prolongados, también se producen nuevas drogas: los relajantes musculares, opiáceos. En 1983 se introduce el pulso oxímetro logrando un gran crecimiento en la monitorización. En 1986 el grupo de Harvard establece los estándares para

monitorización pediátrica consiguiendo con esto una técnica estable y segura. En 1987 se demuestra la necesidad de la analgesia en el recién nacido prematuro y de término, se describen los cambios marcados en la respuesta endocrina en cirugía. En 1990 se le da importancia a la premedicación preoperatoria, la presencia de los padres en sala durante la inducción disminuye la ansiedad y la separación, originando una respuesta más positiva así como una preparación y conocimiento del área hospitalaria con recorrido y paseo por el mismo, ingresando el niño con mayor seguridad a la sala de operaciones. Todos estos logros dan como resultado una separación como subespecialidad para su adecuado manejo.

Los inicios de la Anestesia pediátrica en México no son diferentes a los del resto del mundo, sus avances llegaron más tarde, encontrándonos con un atraso de décadas, no existía diferencia entre los diversos grupos de edad y el adulto, no se contaba con el personal ni el material adecuado para su desarrollo. Encontrando que hasta 1943 por Ley expedida por el Congreso de la Unión y el Presidente de la República Mexicana, para su administración se nombra a un Patronato. Nace así el primer hospital pediátrico: El Hospital Infantil de México, considerándosele pionero en el área de anestesiología pediátrica. En 1949 se realiza en este Hospital la primera intubación endotraqueal en niño. Inicialmente las anestесias eran administradas por personal técnico hasta que en 1966 inicia entrenamiento al personal médico creando especialistas que suplen a éstos técnicos. En 1968 se inicia de manera formal los Programas de Anestesia General y Pediátrica. En 1970 inicia la anestesia regional pediátrica siendo jefe del Servicio la Dra. Estela Melman con adiestramiento en Estados Unidos, en 1975 publica un artículo con 200 casos de anestesia caudal, no tuvo complicaciones significativas y crea una fórmula para cálculo de anestésico necesario para llegar a una analgesia deseada, naciendo así la escuela de anestesia regional en este hospital. En 1978 la UNAM otorga el reconocimiento al programa de Anestesia General e inicia el de Terapia Respiratoria. En 1980 El Patronato se le agrega el nombre de "Dr. Federico Gómez" Pediatra brillante y fundador de este hospital. En 1990 Nace el Departamento de Terapia Respiratoria. En 1998 la UNAM proporciona el aval para el programa de Anestesia

Pediátrica. En 2000 se publica la Ley del Hospital y se redefinen las áreas de anestesiología. Actualmente se creó el departamento de Medicina del dolor, este hospital formador de muchos subespecialistas, quienes posteriormente regresan a sus lugares de origen tanto nacional como extranjeros para difundir los conocimientos adquiridos y a crear nuevos departamentos surgiendo así varios de los actuales Hospitales Pediátricos en el resto de nuestro País, específicos para estos grupos de pacientes, es aquí donde se presenta lo más actualizado, alcanzando un nivel académico de excelencia acorde en el que se encuentra a nivel mundial la anestesiología pediátrica, abandonando así el rezago en el que se encontraba por tantos años en personal médico, técnicas así como en materiales y equipos.

En el estado de Jalisco la anestesia pediátrica existió como un arte y estaba dirigido al personal médico que mostraba interés, se crearon destrezas y habilidades, no existía una instrucción formal, entre los doctores que se mencionan como precursores se encuentran el Dr. Moreno Alatorre, Dr. Angel Guzmán, Dr. Ayala Sandoval, iniciando empíricamente y transmitiendo sus conocimientos, posteriormente algunos se dirigen a diversas instituciones del Distrito Federal. Es el caso del Dr. Ramiro Navarro Franco en 1960 realiza una rotación a México llega y pone en práctica sus conocimientos y los difunde en el Hospital Civil de Guadalajara. En el Centro Médico en 1967 se crea el departamento de anestesia pediátrica por los doctores: Armando Aubert Eschever, Gabriel Navarro Sotomayor, Enrique Toussaint y Jaime Ramírez Orendain, posteriormente crean un diplomado de anestesia pediátrica con duración de diez meses, aunque se desconoce la fecha exacta del inicio, sigue funcionando hasta la fecha. En 1975 el Hospital Civil de Guadalajara recibe al Dr. Ivor William como invitado, médico egresado de Liverpool con un excelente adiestramiento en pediatría, el cual permaneció durante 2 años en el servicio y a él se le reconoce las primeras enseñanzas para el personal médico que elaboraba en el servicio de Anestesiología. La ausencia de un adiestramiento especializado y el aumento continuo en el número de pacientes pediátricos en cirugía, motivó a las Dras. Deoselina Hernández Gutiérrez y María de Jesús Castellanos Acuña a realizar la

subespecialidad para obtener una formación en esta área, recibiendo su título en Anestesiología Pediátrica del Hospital Infantil de México con aval de la UNAM, incorporándose a la planta laboral de este hospital en 1993, iniciando así la enseñanza especializada, compartiendo conocimientos y experiencias obtenidas. Se encontraron con carencias de materiales anestésicos y de monitorización, áreas específicas de trabajo, las anestесias que se daban eran semejantes a las de los adultos, solo se tenía cuidados de temperatura y de líquidos, pero existía gran entusiasmo por parte del personal médico por lo que se adecuaron materiales, coincidiendo su llegada con la apertura de la Torre de Especialidades donde hay dos salas exclusivas para niños, más las existentes en quirófano del área antigua, posteriormente se requirió también de los servicios en procedimientos de diagnóstico: Rayos X, tomografías, resonancias magnéticas y por último se abre también la sala de endoscopias, lo que hizo necesario aumentar el personal médico y adiestrar al resto del personal, permitiendo distribuirse por las diferentes salas, en 1998 se incorpora el Dr. Eloy Sánchez Hernández egresado del Hospital Infantil de México. Esta situación permitió considerar que en este hospital existe un grupo de subespecialistas, con reconocimiento académico, capaz de formar personal, aprovechando que se contaba con área física, material, con gran diversidad de cirugías y servicios de apoyo que la respaldan; a la solicitud de la creación de la subespecialidad de Anestesiología Pediátrica realizando los trámites pertinentes para su aceptación ante las autoridades del servicio, la dirección del hospital y la propia subdirección de enseñanza e investigación. Dando su dictamen de aceptación y reconocimiento la Universidad de Guadalajara en el 2002, a partir de esa fecha ha egresado tres subespecialistas y se continúa con la formación acorde a las exigencias de la actualidad.

Prácticas Decadentes, Dominantes y Emergentes:

Prácticas Decadentes: Son aquellas que tienden a desaparecer.

- Procedimientos anestésicos por personal no especializado.
- Dependencia de los procedimientos determinadas por otras especialidades.

- Realización de procedimientos anestésicos en áreas inadecuadas.(consultorios, casas, etc.)
- Desvinculación de la relación médico – paciente.

Practicas Dominantes:

Son aquellas que han desempeñado la mayoría de Los profesionales durante varias décadas.

- Enseñanza tradicional.
- Falta de relación médico – paciente
- Enseñanza especializada
- Falta de aranceles adecuados
- Desvinculación de la especialidad con la educación de niveles basicos (medicina)
- Atención hospitalaria

Practicas Emergentes:

Son las que empiezan a desarrollar los profesionales en determinada región, cuando ocurren los siguientes cambios que la propician: eventos mundiales, avances científicos, políticas federales o estatales, apertura de instituciones nuevas etc. (que van ganando espacios)

- Enseñanza por competencias
- Integración de aranceles
- Mayor relación medico – paciente
- Aumento de las sub – especialidades
- Mayor nivel en la preparación de la especialidad
- Incremento en la atención médica en calidad
- Incremento en la calidez en la atención
- Procedimientos de alta especialización.
- Uso de mayor numero de drogas.
- Mayor demandas jurídicas.
- Vinculación de la investigación con la especialidad

2.2. Dimensión interna

2.2.1 PLANO FILOSOFICO

Establece el ideario institucional en su contexto social y profesional.

Aunque siempre se afirmó que los avances científicos eran generacionales¹, lo cual hablaría de una distancia temporal entre ellos, no deja de ser cierto que en los últimos cincuenta años los mismos se suceden con tanta frecuencia que hasta pareciera desaparecer la forma escalonada en la que se los podía representar para dejar paso a una recta ascendente. El entusiasmo ante la aparición de los avances hace que los retrocesos se vean opacados en su apreciación o muchas veces hasta se ignoren.

Sin duda alguna las guerras han generado, con su secuela de dolor y muerte, grandes avances de la ciencia. En el caso particular de la anestesiología, la segunda guerra mundial provocó un primer gran avance por la necesidad de anestesiar heridos con grandes traumatismos, quemaduras, irradiaciones, etc. La guerra de Corea trajo consigo el beneficio de la modernización de los conceptos del shock, principalmente el hipovolémico; la guerra árabe-israelí cambió el concepto del lugar en el que se atendían los heridos (con la supresión paulatina del clásico hospital de campaña).

Pareciera que el ser humano se adapta rápidamente a las consecuencias de las catástrofes y muchas veces éstas son aceptadas sin mayores críticas. Ya no hay grandes guerras generalizadas, pero las catástrofes no dejan de sucederse. La famosa globalización que vive el estado moderno, impulsada por el formidable desarrollo de los medios de comunicación, tan solo en los últimos veinte años, han cambiando con rapidez la cara visible de la medicina, relegando cada vez más a la oscuridad los fracasos, errores y desaciertos.

¹ Contexto Ético-normativo. Farfán, Pedro et. al., 1999 CUCS

La globalización económica, en la que una minoría impulsa a una mayoría a trabajar para lograr beneficios económicos a repartir entre tenedores del capital habitualmente ajenos a todo interés científico, ha encontrado al hombre común poco preparado para enfrentarla. En cambio le facilitan los mecanismos para una rápida adecuación al nuevo universo en el que se encuentra sumergido. En esto no dejan de tener una influencia importante los medios en su forma visual (TV), radial, escrita e informática. Hace algo más de dos años atrás preguntábamos con dudas si la nueva modalidad del "fast track" unido a la egreso precoz del paciente eran aceptados por él o si alguien se había tomado el trabajo de preguntárselo. Hoy en día el bombardeo informático de la globalización en todos los aspectos: laboral, ambiental, médico y otros, ya no dejan lugar a la discusión si estos métodos, de reintegrar rápidamente al paciente a su entorno ambiental y a su lugar de trabajo, son buenos o malos para las personas. Han pasado a integrar definitivamente lo bueno, lo que se exige a los pacientes para ser considerados actualizados, modernos, pragmáticos y sobre todo adecuados a esta vertiginosa realidad diaria que se vive. El mismo entorno se ocupará de convencerlo sutilmente que ésta es la única forma de proceder. ¿Puede afirmarse con seguridad que la situación de estrés provocada por una cirugía / anestesia ha cesado antes que el individuo se reintegre a su trabajo? ¿Ya está demostrado definitivamente que las nuevas drogas, de eliminación casi instantánea, no son solamente encubridores del estrés sino que también impiden su aparición?

La gran cantidad de nuevos medicamentos con los mismos fines que aparecen constantemente en el mercado, la precisión de los nuevos monitores y máquinas de anestesia, la organización de hospitales de día a los fines de egresar precozmente a los pacientes son sin duda alguna grandes aciertos. Pero mientras estos adelantos no sean aplicados a la totalidad de los seres humanos, serán solamente parches para minorías.

Usemos los grandes adelantos de la medicina en nuestro campo, pero reconozcamos como desaciertos que mientras estos beneficios no sean para todos sólo habremos cumplido una pequeña parte de nuestra misión. No digamos no al futuro; pero

pongámonos a trabajar ya, para que estos logros no oculten la realidad actual de ser solamente privilegios para unos pocos. Sólo así lograremos unir la ciencia con la técnica y el humanismo.

Es fundamental para todo el hacer humano conocer los principios filosóficos, las bases epistemológicas y ontológicas para su ejercicio. Fundamentar filosóficamente una disciplina, es establecer los principios que la determinan. De ellos dependerán las "ramas" que de ésta se deriven. Por lo que hablar de la filosofía de una rama, como sería en este caso la anestesiología en relación a la medicina, parecería impropio y tal vez inoperante dado que se aduce como propios los principios primeros al origen mismo de la disciplina de la que se desprende o mejor dicho de la que forma parte. Sin embargo las razones que provocan esta disertación son de carácter epistemológico y ontológico propios del hacer del médico anestesiólogo, dado que el grupo de profesionales que se dedican a la anestesiología se encuentran dentro de un perfil que de facto, no corresponde al principio que les dio origen, es decir su "ser médico" y esto es debido principalmente a tres razones fundamentales a saber.

- a. La contradicción del origen histórico de la Anestesia, frente al origen formal de la Anestesiología como especialidad médica.
- b. La indefinición de la razón de ser de la Anestesiología como una especialidad médica.
- c. El médico frente a la anestesiología como especialidad y el anestesiólogo frente a la medicina de especialidad.

Para ascender al entendimiento del por qué de la especialidad es necesario establecer que es el ser y el hacer del anestesiólogo; para ello es necesario preguntarnos: ¿Qué es un anestesiólogo?

Luego de preguntarle a los residentes el ¿qué es un anestesiólogo?, invariablemente se ha seguido la siguiente secuencia de hechos: Se presenta una ligera sonrisa seguida de un silencio expectante, una mirada incrédula sobre todo lo que los rodea remata en un eco que repite la misma pregunta, —¿un

anestesiólogo?— Sí, ¿que es un anestesiólogo? Continúa la incredulidad y terminamos en la sin respuesta.

Aparecen algunos intentos de definición, se consulta parte de la bibliografía la cual tampoco aclara nada y se llega a caer en el extremo del diccionario: Anestesiólogo: Profesional que proporciona anestesia.

Anestesia: Sin sensibilidad.- Propiamente el cirujano o el pediatra, el ginecólogo o el cardiólogo se contemplan a sí mismos a través del principio que los define y los identifica en el desarrollo de su hacer. Este hacer (su especialidad) no es por otra parte definitorio, sino es consecuencia trascendente de los principios de su ser médicos que los determina. Todos ellos se definen por el primer nombre, es decir son médicos además de especialistas.

Cualesquiera de ellos, así como el anestesiólogo parten de la condición misma de su “ser médico” y este mismo principio les permite proyectarse como especialistas, sin perder por otra parte el objetivo que los hace ser, la salud, del que en la práctica, representa por sí mismo su razón de ser es decir, del paciente. Sin embargo en el anestesiólogo existe un vacío que no se llena propiamente con el paciente, ya que en nuestro hacer partimos de una premisa, “histórica” que como lo menciona el Dr. Collins en el prefacio de su libro de anestesia (nuestro que hacer es) “proporcionar las mejores condiciones para que el cirujano pueda cumplir con su difícil tarea”...¿para que el cirujano pueda cumplir con su difícil tarea?

Es decir, de principio se supedita su hacer, no hacia el paciente, sino hacia satisfacer las necesidades dependientes del cirujano (situación y condición subliminal) de lo que resulta que, el paciente, no es “nuestro” paciente, sino el paciente del cirujano. Nuestra participación en el proceso de proporcionar salud de alguna manera, no es una relación causa efecto directa. Supeditados a las necesidades de los cirujanos, la relación médico-paciente, es decir, anestesiólogo-paciente, queda condicionada por la relación paciente cirujano, integrándonos como parte del equipo del cirujano y no como integrantes, junto con el cirujano, de

un equipo quirúrgico. Esta estructura del pensamiento (mal entendido), existió desde el momento mismo que apareció la especialidad en anestesiología y es la clave de todo el comportamiento psicosocial del profesional de la anestesia en cuanto a su ser y su hacer médico, que parece no estar determinado por la misma razón de ser que determina a los médicos, me refiero al paciente.

El anestesiólogo se entiende como un asistente de los cirujanos, aplicando bajo su mando, los métodos y procedimientos anestésicos que antes de haberse independizado y sistematizado como especialidad, se entendían como la propia responsabilidad del cirujano sobre el paciente. Situación que se apoya en su origen histórico, ya que, propiamente no existían los médicos anestesiólogos, sino los "técnicos en anestesia", generalmente enfermeras capacitadas, quienes, bajo la conducción del cirujano aplicaban medicamentos y asistían la ventilación del paciente sin una formación médica previa o específica. A partir de este hecho, se establece la "enajenación" para el anestesiólogo de su razón de ser como médico, del principio y por principio, al paciente.

El paciente es y será siempre del cirujano y el anestesiólogo lo acepta dado que no se pudo, no se quiso o no se entendió su trascendencia de haber ascendido a la anestesiología a la especialidad médica, perpetuándose la conducta que subliminalmente persiste en aceptar que no es el paciente nuestra razón de ser.

Esa condición, enajenante de su propio valor como médico y como especialista, lo colocaron en un estado "límbico" o de indefinición, que se traduce en la particular conducta de gran número de los médicos anestesiólogos que aplican los procedimientos anestésicos dirigiendo sus acciones sobre un manejo técnico, manteniendo a partir de un encuentro brusco e impersonal con aquel "paciente del cirujano", su atención en el expediente, (que no en el paciente), para normar su conducta. Una conducta generalmente "pasiva" frente al paciente y al cirujano. También se abstrae del manejo integral y persistente en lo impersonal, aplicando los procedimientos anestésicos en forma reactiva y no propositiva, hasta que se pasa al paciente a recuperación donde prácticamente termina su labor de anestesiólogo. Posterior al manejo anestésico, no se participa en ningún seguimiento, ni aun en el manejo del dolor postoperatorio.

Todo sucede dentro de la sala de operaciones. El acto anestésico quirúrgico, parece contemplar al anesthesiologo como parte integral e importante del manejo, es más, de él depende propiamente gran parte de la buena progresión del acto quirúrgico, sin embargo, insisto, su comportamiento está enajenado y su hacer no se revierte en su ser médico y queda supeditado como he dicho, de principio y por principio al hacer del cirujano.

El médico Anesthesiologo amén de este estado de abstracción, donde se encuentra enquistado dentro de "su sabiduría", es decir, en el dominio farmacológico de la fisiología de aquel que se encuentra bajo su control, que no es quien le da el sentido de su hacer, espera muchas veces las "observaciones" del cirujano como un ordenamiento de quien lo determina. V.g. la relajación muscular. Posiblemente estoy equivocado, sin embargo, la actitud cotidiana frente al fenómeno de relajación es expectante, mientras que debiera ser propositiva en función del propio conocimiento del acto quirúrgico y de la necesidad de mantener al paciente en las condiciones adecuadas y porque no, para que el cirujano puede cumplir con su difícil labor. No caigamos en el extremo y la falacia pueril de despreciar o culpar al cirujano. El ha sido educado en la contraparte, o mejor dicho, en la parte que complementa la supeditación del anesthesiologo y actúa consecuente a su situación, obteniendo los resultados esperados del anesthesiologo a su servicio. Pero el caso que nos ocupa es precisamente la conducta del anesthesiologo.

Si acaso lo buscaran (como Diógenes a un hombre) lo encontrarían, atrincherado tras una monitorización que le recuerda constantemente su presencia y la ascendencia sobre los eventos que se suceden dentro del quirófano, ahí es donde se le exige su máximo de capacidad que se expresa en una buena anestesia. Aquí, en cualesquier de las condiciones o estados físicos en los que se encuentre el paciente, el médico anesthesiologo abandera su existencia, en cuanto a su hacer de su ser médico, pero como una paradoja, como un absurdo, se revierte y la niega, por ignorancia de sí mismo en cuanto a su ser médico, con actitudes pasivas que esperan (sin haber seguido el acto quirúrgico), los señalamientos del cirujano, o bien en la mecanización de sus acciones, sin aplicar

el ejercicio "clínico" y "experimental" que serían en sí mismos su "hacer". Aquí, parecen dejarse llevar por los acontecimientos en lugar de dirigirlos (nos lleva la anestesia, en lugar de llevar la anestesia).

¿A qué esta actitud pasiva?, ¿a qué esta abstracción?, ¿porqué aceptar la enajenación del paciente?, estas y otras tantas preguntas que nos regresan al ser, que no podemos dejar de preguntarnos: ¿Qué es un Anestesiólogo?

Me remonto a mis principios de residencia y me encuentro de repente frente a un hecho histórico innegable, ¿quienes son los anestesiólogos en ese momento?

La progresión histórica de la especialidad médica de Anestesiología en México se inicia con la inquietud de aquellos que la descubren allende las fronteras, definiéndola para ellos mismos como una especialidad o subespecialidad que requiere de una extraordinaria preparación en todos los sentidos de su "ser médico" y que les permite aplicarla de tal manera que se antoja superior al resto de las especialidades, ya que por sí misma, participa de todas ellas, aun de las no quirúrgicas y requiere de un conocimiento que las integra a cada una de ellas, cubriendo a la manera de médico internista, el manejo integral de los pacientes. Son ellos, Los Maestros, entonces jóvenes idealistas como el "Tata", (Dr. Luis Pérez Tamayo, a quien me permito en estos momentos rendirle un homenaje), decía, Son Los Maestros idealistas que se defienden a capa y espada frente a una condición indefinida y enajenada en nuestro medio (acaparado por los cirujanos y por los técnicos) donde y por lo mismo, (por ser jóvenes, por ser pocos) no lograron remontar la corriente para transmitir y aplicar en acciones concretas ese espíritu y esa mística en quien sería el residente, para defender la especialidad en anestesiología.³ Rescataron sin embargo el hacerla una especialidad médica). "Nunca tantos le debieron tanto a tan pocos" (Winston Churchill). Pero, frente a estos idealistas y bajo su amparo, los parásitos y los burócratas institucionales que como todos los demás (burócratas institucionales de las demás especialidades), siguiendo la ley del menor esfuerzo, abanderan la apatía y el propio deterioro de su hacer como médicos cuando, sabiendo que lo que hacen está mal y lo continúan, que lo anacrónico lo perpetúan, o lo que simplemente no les gusta lo toleran, porque no son capaces de pensar en el cambio o por temor a perder el

“estatus quo” aceptan o se someten a la condición que les marquen. Acaso los oportunistas, que en la indefinición, optaron por los logros económicos sin importar las condiciones enajenantes de valor de su especialidad, en las que llegaron a aplicar hasta diez anestесias al día y mencionándolo como hazaña, frente a la mirada incrédula de algunos y, con dejos de envidia de otros de sus compañeros, dejándola (para Ripley) como una verdadera meta a seguir por los residentes. “Nunca tan pocos le debieron tanto a tantos” (J.F. Rebolledo Mota).

Existen otros que para el caso es lo mismo, pero quizá lo más grave de todo es que de fondo y en casi todos se encuentra el comentario añorante, melancólico, y triste de la frustración de no haber sido médicos, de no haber podido alcanzar por los propios méritos la especialidad esperada, pero, ¿y la anestesia? No, esa fue la tablita, fue el refugio, fue la disculpa, fue una elegante salida frente a la familia, frente a los amigos, acaso frente a si mismos. Pero y la anestesiología, en si ¿donde está! Donde la mística, el coraje, el valor de defenderla con valor y hacerla valer en los foros y en las acciones específicas, acaso es por la vergüenza de “no haber sido” que se ocultan dentro del quirófano, utilizando a la anestesia como flagelo de si mismos. Estas situaciones se derivan a partir de que el paciente no determina la realidad del anestesiólogo, sino que ésta, su realidad, está determinada ante él, por el cirujano.

Habiéndolo aceptado se enfrenta a la anestesia, ¿la anestesia? tal vez no es la definición del anestesiólogo sino de la anestesia lo que mantiene el estado indefinido y amorfo del origen, el solo saber que no se sabe a ciencia cierta como se establece el estado anestésico, en cuanto a su conformación orgánica, ya nos coloca fuera de contexto, es decir ¿somos especialistas en que? en aquello que no sabemos. ¿Qué es la anestesia? ¿Quién lo sabe?

Parte de esta indefinición trasciende al paciente al que se le refieren a la memoria los mitos y las fantasías sobre la anestesia, pues nadie sabe realmente que pasa con ella. Toma una actitud de “ausencia”, no quiere saber nada, sólo que “no se les vaya a pasar la anestesia”, lo demás no importa. Ni como, ni cuando, ni donde, ni qué, “ese es asunto del cirujano”, dejando en su conciencia que el anestesiólogo es y deber ser su “seudópodo”, él debe saber por este solo hecho,

las condiciones y características del paciente ante la cirugía y obviamente frente a la anestesia; pero lo más dramático es que el anesthesiólogo parece avalar tal conducta, dejando para el último momento su intervención, es decir, en aquellos cinco minutos antes de la cirugía, donde, ya enmascarado tras el cubrebocas, despersonalizado, parece “balbucear” soy el doctor fulano de tal y le voy a dar la anestesia.

Hasta estar frente al anesthesiólogo, aquellos mitos y esas fantasías de las muertes por anestesia, de que los pacientes mueren en el quirófano, de la famosa “raquia” o de otros tantos “santitos”, el paciente ha venido incrementando el “estrés” hasta constituirse como un factor más para el riesgo anestésico quirúrgico, pero lo importante para nuestro discernimiento es, el ¿donde está el anesthesiólogo?, ¿hasta donde su labor preoperatoria no es precisamente la de proporcionar el mayor cúmulo de información, junto con la acción propositiva de dar las mejores condiciones al paciente para ser intervenido, ejerciendo por medio del propio ejercicio clínico que le determina su ser médico? ¿Hasta donde no, el “ocultismo” tanto del anesthesiólogo como de los procedimientos anestésicos, han llegado a constituirse como un verdadero tabú a fin de mantenernos al margen de los acontecimientos de todo orden de participación, de comunicación con el grupo humano que forma la parte social del paciente, de compenetrarse en una relación médico paciente efectiva (y afectiva) en cuanto a proporcionarle confianza y tranquilidad? (...también aquí se brilla por la ausencia). Pero eso sí, el paciente deberá en condiciones ideales, estar estudiado a fondo por todos y cada uno de los posibles participantes (menos al parecer por el anesthesiólogo) y aun por algunos que no participan sino para, (como en los formatos de impuestos), confundir más las condiciones a las que tarde o temprano con o sin la intervención de éstos, el anesthesiólogo se tendrá que enfrentar.

¿El hambre?, el hambre de ser, nos ha hecho seguir muchos caminos que constantemente cruzan el de la Especialidad de Anestesiología. Cuando lo cruzamos nos sentimos realmente médicos anesthesiólogos. Solo cuando cruzamos y esto sucede sobre todo cuando nos encontramos frente a un paciente crítico que nos requiere en todo lo que contenemos como especialistas, pero en

esos momentos y hasta donde se puede vislumbrar, no nos preguntamos y no sabemos que es la anestesia y el médico anesthesiologo, ¡actuamos como médicos!, luego de lo cual, resuelto el problema, nos regresamos al quirófano. Si no podemos establecer para nosotros y con nosotros mismos una conducta congruente a nuestra realidad profesional ¿cómo podremos hacerla valer?

Démonos cuenta, esta condición de indefinición de nuestro hacer profesional como médicos, es la que dará origen a los famosos servicios de cuidados intensivos en todas sus modalidades, los que creados, se llevarán o enajenarán otra de las partes del "ser médico" del anesthesiologo, quedándole a éste, una inespecificidad de sus funciones que, como ya mencionamos sesupeditan a las del cirujano y que, en si "quedarse dentro del quirófano", pierde y da razón de ser al "intensivista", desapareciendo otro tanto de los principios (ontológicos) del Médico Anesthesiologo.

No somos intensivistas, sólo existimos en cuanto a nuestro manejo técnico, y nada más, la experiencia clínica de nuestro hacer no cabe en una sala de intensivistas y si así fuera, solo sería en cuanto que un anesthesiologo fuera capaz de hacerlas valer manteniendo y defendiendo ante la indefinición conceptual la de su propio ser anesthesiologo.

Y que me dicen de las famosas valoraciones cardiológicas. Ellos también "usufructúan" y enajenan el hacer del anesthesiologo porque éste, parece no ser capaz de hacer valer esa, su capacidad de internista, que es suya de facto y que aplica constantemente. ¿Acaso es por ignorancia misma de la fisiología?, ¿sirve tal vez para ocultar su incapacidad y falta de preparación, o es un pretexto para seguir ocultos en la ignominia de ignorar lo que se es? Debe ser esto último, porque aun los residentes, saben detectar y corregir los trastornos del ritmo, o la falla cardiaca o han tenido que enfrentar diferentes cardiopatías, cuando los procedimientos quirúrgicos son indiferibles y no se encuentra con el "apoyo" del cardiólogo. Sin olvidar que todos los anesthesiologos en su conjunto, enfrentan con relativa frecuencia el paro cardiorrespiratorio. (Que no es necesariamente producto de la anestesia). ¿Porqué entonces ese nuestro hacer lo derogamos y persistimos en el no ser? Cirujano, Intensiva, Cardiólogo o Internista, cual de ellos

podría ser culpable de ser y hacer su hacer, dándole valor y presencia en sus terrenos y fuera de ellos. Acaso son ellos los que hacen a un lado al anesthesiologo. ¡No! Este es un asunto de anesthesiologos con los anesthesiologos.

No tarda mucho en nacer un nuevo especialista que absorba los pocos dejos que le quedan a la anesthesiologia para rescatarse en su principio del "ser medico", me refiero a los aspectos de inhaloterapia. Si, ya se cuenta con algunas "sectas" que han encontrado en la inhaloterapia el campo adecuado para explotar su "yo medico" al grado de que como mencioné, no tarda mucho en existir como tal la especialidad medica en Inhaloterapia, más aún, cuando la neumonia y la ecologia en sus terrenos de contaminación ambiental exacerbaban cada vez más el conjunto de conocimientos que requiere para su aplicación como un nuevo especialista. Y que me dicen sobre el manejo del dolor, ese hijo menor de la anestesia. Es sorprendente darse cuenta como ha crecido al grado de rescatarse en el camino de la anesthesiologia, pero como siempre y como otros, de negarla en cuanto a reforzar el concepto de que "no es" específicamente medica.

La clinica del dolor dicen elegantemente es multidisciplinaria, ¿qué de la medicina no lo es? Los procedimientos anestésicos como tal, nuevamente son contemplados en su contexto técnico por propios y extraños; la clinica del dolor, toma para si el ejercicio diagnóstico y se rescata médicamente en cuanto que ahora son ellos los que tienen a su cargo el paciente, ¡su paciente! con el que participan en, ahora si, el proceso multidisciplinario de la salud y de su complejo biopsicosocial que es el ser humano.

Ésta, poco a poco reconocida actividad de la clinica del dolor, hará lo mismo que en su momento los intensivistas, olvidar a la anesthesiologia. Para ejemplo baste un botón. En todo un programa televisivo en que se trató el tema por el insigne maestro y creador de las Clinicas del dolor en México (a quien me permito hacer un reconocimiento) el Dr. Anesthesiologo Garcia Olivera; decía, en este programa, nunca se mencionó, ni que todos los ahí presentes eran anesthesiologos, ni que la anesthesiologia era una especialidad medica, si, medica, que les permitía amén del estudio integral de los pacientes, el desarrollo de técnicas y procedimientos especiales para el control del dolor. Esto sucede (el de negar a la anesthesiologia)

porque aun no sabemos qué es un anestesiólogo por principio, y menos aún, que su hacer es un valor a defender y hacer valer en sus terrenos y fuera de ellos.

En estas condiciones no es extraño por lo tanto que las principales causas de muerte en los anestesiólogos haya sido el cáncer, el infarto y el suicidio. En 1980 se señalaba que dentro de la mortalidad de los profesionistas en el mundo el primer lugar lo ocupaban los médicos y de éstos, el primer lugar lo ocupaban los anestesiólogos. ¿Por qué? Para 1990 el suicidio ocupaba ya la segunda causa. ¿Por qué? ¡Debemos tomar este dato como meras estadísticas sin incidir en aclararlo para nosotros mismos! ¿Por qué?, acaso es mejor soslayarlo y dejarlo a un lado para no enfrentar nuevamente el estrés y el drama de ser anestesiólogo? ¿Qué quieren decir cuando mencionan que la vida media como anestesiólogo es de quince años sin presentar patologías sistémicas? ¿Por qué negarlo?, porque no ponerlo frente a nosotros todos los días y procurar cambiarlo para los que vienen, porque no enterarlos de lo que les deviene, porque no señalar los divorcios, los abortos, la drogadicción, la frustración misma. El burocratismo, los monopolios y el oportunismo, la enajenación de nuestro ser y hacer médico, ¿porqué no enterarlos de lo que es un paciente? Los espacios se conquistan. Fuera del quirófano existen esos principios que no sólo le dan el ser a nuestra especialidad sino que con coraje y valor pueden conquistar para ella, la Dignidad. Esa dignidad que nos haga decirle a nuestros hijos que venimos de aplicar una anestesia y no, que acabamos de operar a alguien.

Esto podrá ser cuando dejemos de ser manipulados "subliminalmente" por la enajenación del paciente y con un manejo incomprensible de "culpas" mercantilistas, producto de una circunstancia que dejó de ser hacer mucho tiempo y que debió desaparecer en el momento mismo del establecimiento de la especialidad médica de Anestesiología. Somos anestesiólogos y vivimos de ellos, como los cirujanos o como cualquier otro médico. Aun no entiendo quien tasa la labor profesional de mi ser médico ante otro ser médico, frente a un mismo hecho, donde se es sinérgico e interdependiente a una misma condición.

Habrá un día, en el que los Médicos anestesiólogos se definan a sí mismos por consecuencia, es decir, porque el ser no está fuera de las cosas y en su hacer se

retomarán las esencias haciéndose valer cada vez más. Pero no es tarea fácil, habrá que repetir la historia, día a día y todos los días, hasta que aprendamos de ella misma y entonces, cuando nos demos cuenta de que realmente tenemos límites que nos definen (más allá del quirófano) y entendamos que nuestra historia contempla las bases de la evolución misma de la cirugía, del nacimiento de la terapia intensiva, de la comprensión integral de los fenómenos homeostáticos con fundamentos de internista, donde la valoración cardiológica se integre al ejercicio clínico del anestesiólogo, de los apoyos de la inhaloterapia y sus seguimientos hasta llegar a las últimas consecuencias críticas con el manejo del dolor que trasciende en nuestros tiempos abriendo un nuevo espacio que conquistar por el médico anestesiólogo. Si, ya se está gestando me refiero a la Tanatología médica, donde habrá que enfrentar el fenómeno de la "eutanasia" de la cual la tendencia internacional cada vez con mayor fuerza tiende a hacer responsables precisamente a los anestesiólogos, como dice Rodríguez Pinto en su libro "Eutanasia Autotanasia", "dejémosle la última palabra a los anestesiólogos". Se pretende, que cuando sea "activa", se utilicen técnicas y procedimientos "anestésicos". Pero por encima de la eutanasia está la comprensión del proceso de la existencia humana en todos sus contenidos, cuya antonomasia le da razón de ser a la misma medicina; me refiero a la salud y requiere para su manejo la cualidad más importante del médico anestesiólogo, la valoración integral.

Si, nuestra historia es a partir del ser, se hace y se escribe aquí y ahora, se rescata al integrar al ser humano y sobre todo, conserva para el futuro la convergencia del conocimiento de donde no es difícil, seguirán naciendo especialidades.

La tarea para el futuro inmediato, es de todos los médicos anestesiólogos en cuanto a definir y establecer los límites de nuestro hacer como médicos.

Entonces podríamos tal vez saber qué es propiamente la anestesiología como parte de la ciencia médica y consecuentemente, a que aspira el médico cuando pretende especializarse en ella. En el conocimiento del ser y del hacer del anestesiólogo, se describe en el programa del curso de Especialización Médica en Anestesiología del IMSS 1989. La

Anestesiología es: La rama de la medicina que se ocupa de la atención integral de pacientes que requieren tratamiento quirúrgico, tratamiento de síndromes dolorosos agudos y crónicos o manejo de pacientes en la sala de terapia intensiva, conjuntamente con el equipo multidisciplinario (Condicionamiento subliminal).

La propuesta es que la Anestesiología es la rama de la medicina que estudia los procedimientos de monitorización, control y mantenimiento de la homeostasis general del organismo y se ocupa de la atención integral de los pacientes que requieren tratamiento quirúrgico, de diagnóstico y tratamiento en padecimientos sistémicos y en el control del dolor.

El Médico Anestesiólogo podría definirse entonces como: El médico especialista en los procedimientos de monitorización, control y mantenimiento de la homeostasis general del organismo, y se ocupa de la atención integral de los pacientes que requieren tratamiento quirúrgico, de diagnóstico y tratamiento en padecimientos sistémicos y en el control del dolor.

“Ser o no ser, he ahí el dilema”

¿Saber o no saber? ¿Decir o no decir?

A Ivan Illich solo le interesaba la siguiente cuestión ¿su enfermedad era grave o no? El médico opinaba que era inútil y que no se debía dilucidar. Era preciso averiguar en cambio si se trataba de un riñón flotante, de un catarro intestinal crónico, o de una enfermedad del intestino ciego. No se trataba de la vida de Ivan Illich, sino tan sólo de saber cual era su padecimiento... Ivan dedujo que estaba grave. Sintió compasión por si mismo y un gran rencor por el médico, indiferente ante su problema tan grave. ¿Pero dígame, es grave mi enfermedad? Ya le he dicho lo que considero necesario y conveniente, el análisis dirá lo demás... Lograba engañarse mientras nada le emocionase. Conforme consultaba más médicos aumentaban sus dudas y su temor. ¿Acaso no están convencidos todos excepto yo, de que me voy a morir?... La mentira, la mentira adoptada por todos era lo que más le desesperaba. Aquella mentira en torno suyo y dentro de si

mismo envenenó más que nada los últimos días de su vida. Lloró a causa de su impotencia, de su terrible soledad, a causa de la crueldad de los humanos Saber o no saber.

Es responsabilidad de todos y cada uno reconocernos frente al otro. Tarde o temprano nuestra condición será la de ser pacientes y requerir de la intervención de los demás con o sin nuestra voluntad para enfrentar el devenir. Para ello es necesario saber ¿qué es un paciente? Y hasta donde la intervención de propios y extraños puede iniciar en la conciliación de su estado.

Todos, por principio, somos seres humanos. Nos define e identifican nuestro ser y nuestro hacer. Pero, si por alguna razón llegamos a padecer alguna enfermedad, nos convertimos automáticamente en un "paciente".

Paciencia: Capacidad de padecer o soportar molestias sin rebelarse.

Paciente: Ser humano que esta "sometido" a tratamiento médico, de donde:

Ser paciente: Es padecer y someterse a tratamientos médicos soportando molestias sin rebelarse.

Ser paciente parece calificarnos como algo ajeno a todo lo que somos y hemos sido y, si además le agregamos, (suponiendo que así sea), el apellido de terminal, entonces automáticamente hemos dejado de existir aunque todo a nuestro alrededor se mueva en función de nosotros mismos. Un paciente por definición, es aquel individuo que se somete.

Efectivamente, su estado de enfermo lo coloca en condiciones de sometimiento, lo que no implica, el no poder ejercer su voluntad, aunque de hecho la ejerce, al someterse. Este sometimiento es voluntario, no sólo ante el médico, sino también frente a sus familiares o el clan en su conjunto, (que se convierte entonces en sometedores) y suelen transponer la tabla de valores del individuo actuando y sujetándolos a la propia perspectiva. Así el individuo queda reducido a su condición de paciente. En estos momentos saber o no saber de la condición terminal deja de tener importancia puesto que, pacientes, nos sometemos a la condición y voluntad del otro, difiriendo la responsabilidad ante nuestra propia existencia.

De primera intención esto no parece ser tan grave, pero necesariamente

significa una pérdida de la identidad. Tanto, que es lo que lleva al equipo de salud, sea en las instituciones gubernamentales o instituciones privadas, a tratar al paciente como un número de cama, o tal vez con el número de cuarto o de cuenta. Se refieren al paciente por la enfermedad que padece (es un cáncer, una apendicitis, un infarto, etc.) Esta situación de pérdida de la identidad, traerá por consecuencia que la toma de decisiones, ya sea por los médicos, o por los familiares, será tomada en función de la enfermedad y no en función de quien la padece. (Es decir sin consideración al individuo). Sometidos como pacientes, no se alcanza a ver hasta donde la voluntad queda a merced de las circunstancias y hasta donde su libertad queda coartada. Hasta ahora, así ha sido. Sometidos, por nuestro desequilibrio ante la naturaleza, el paciente se somete "por voluntad", a los designios del médico, el cual está revestido (por él y por nosotros) de un halo sobrenatural que le da la autoridad para someter.

Parece obvio que el dolor por sí mismo deja al paciente a merced de que le pase cualquier cosa. Motivo por lo que intervienen los familiares en la toma de decisiones, sobre el qué, o quién tiene la "gracia" de resolver el problema. De un momento a otro se ve envuelto por un manto de sobreprotección. La sensación de continencia que siente, presupone un diferimiento de la voluntad, sin embargo en ello está contenida (su voluntad), y cede.

A la angustia preexistente tanto en el paciente como en sus familiares, suele agregarse la inminencia de una complicación. Ven la angustia del otro y la interpretan como una debilidad mayor y por lo tanto presuponen que está desprotegido. Acto seguido, aumenta la sobreprotección, se agregan más miembros de la familia, otros médicos, o bien lo llevan al hospital. Aparece la incertidumbre de no saber a ciencia cierta que está pasando. Tal vez aquí en el hospital le expliquen; pero nada. Se le somete a estudios de laboratorio y gabinete, y no se le informan los resultados. Aumenta la incertidumbre y reafirma la angustia y con ello los afectos se convierten en efectos psicosomáticos en varios aparatos y sistemas. Se hacen evidentes más trastornos, lo que requiere de más estudios. Los familiares, ignorantes asimismo de lo que pasa, dudan y esperan que el médico les aclare la situación.

Esperar, define entonces al paciente. Se soportan entonces las opiniones y se alimentan las expectativas. El paciente duda de su armamentario biológico que parece no responder, porque no entiende los mecanismos de defensa y se ha acostumbrado a la velocidad de los acontecimientos. Aparece la sensación de soledad por no contar con él mismo para enfrentar y responderle a la vida como lo ha venido haciendo desde que nació. Quiere acelerar las cosas para recuperar el estado de salud y bienestar en el que se encontraba antes de... Pero, como paciente todo lo somete, al grado de llevarlo a no reconocerse responsable de sus actos (y no estoy hablando de enfermedades mentales). Por lo que las decisiones sobre su vida quedan a merced de los demás. ¿Acaso puede haber mayor incertidumbre?

No podemos ni debemos seguir esperando, sometidos a que los demás decidan por nosotros. Solo así podremos entender que la vida exige una responsabilidad y que es vivirla hasta sus últimas consecuencias. Es una contradicción en nuestra cultura el que a mayor conocimiento mayor dependencia. ¡Absurdo!, la libertad está en sabernos, pero parece, por la estructura de la educación actual, que en la ignorancia se encuentra el "no dolor" y por lo tanto, debemos ignorar lo que nos pasa. Nada más falso y nada más incierto.

La propuesta es Devolverle su tabla de valores al individuo. Qué mayor valor que su libertad y el ejercicio de su voluntad. No existe sobre la tierra bienestar tan grande como sentirse dueño de uno mismo. Sólo así se puede uno sentir sano, suficiente para enfrentar la vida. Esta condición es el mayor orgullo que puede sentir un ser humano. Es tal vez esta condición la que coloca al médico o al familiar (sanos) en pensarse superiores al paciente y por ende de imponerle su voluntad. Sobre todo cuando el paciente, espera y se somete, puesto que toda su integridad está desarticulada y en esas condiciones parece no existir como individuo.

En la espera propiamente está contenida la esperanza. Existe de fondo una voluntad de lograr el estado de bienestar previo, apoyado, en él mismo, en sus familiares y en el sistema de salud. Confía en que cualesquiera de ellos puede

encontrar la solución del problema que lo somete. Espera un bienestar que bien puede no sumar "todas las de la ley", pero que se acerca a la realidad en la que vive. Ahí está, pacientemente esperando, pero entiéndase, tal espera debe ser en sí misma un acto volitivo, no es un dejo, ni un abandono de nosotros mismos. Lo que mueve a la paciencia es la fe que se da por consecuencia, por consecuencia de saber que está vivo, de saber también que esta vida es parte de toda la vida y que será necesario darle continuidad.

Sin embargo ningún remedio por bueno que sea le servirá al paciente si éste lo deja a un lado por negligencia, por ignorancia o por rebeldía. Y ¡lo hará, si no entiende! De ninguna manera el paciente esperará algo de lo que no entiende, de lo que no empata con su realidad, con ese su propio orden de las cosas. El remedio que no represente ninguna respuesta ante sus valores, no sirve. A menos que se tienda el "puente que concilie las realidades" mediante la comunicación efectiva, veraz, oportuna, adecuada y suficiente.

No debemos confundir entonces a la paciencia con indolencia. No es posible seguir tratándonos como entes irreflexivos e irresponsables ante condiciones de enfermedad. No solo de enfermedad, que bueno fuera que fueran las únicas, sino ante el propio crecimiento y desarrollo y evolución de nuestra existencia. Si bien somos seres sociales, aportamos nuestra individualidad como individuos independientes, y necesariamente responsables de nuestra existencia. Nuestro hacer empata o concilia la realidad compartida con todos. Debemos volver al hombre, reconocerle, darle el valor que tiene, atenderlo, es respetarlo en lo que es. El médico debe responsabilizar a los pacientes de la enfermedad que padecen, haciéndosela reconocible, acercándosela al entendimiento y favoreciendo en ellos su comprensión personal. En la medida de que se logre reconciliar las realidades y se haga reconocible la muerte, es decir, consciente, se dará oportunidad de ser resuelta por consecuencia y se entenderá la vida como un proceso que no termina en el individuo.

Dice González de la Garza: lo perverso de la medicina moderna es la criminal intención de prolongar espantables las agonías.

Arrebatarle al ser humano el derecho a morir con dignidad. La medicina moderna ha convencido a los familiares de que la vida debe prolongarse hasta donde la ciencia dé. Si se atreven a discrepar le mueven culpas, le hacen sentir que en sus manos está la vida y la muerte de su ser querido, que la vida artificial es lo único moralmente aceptable. Lo acusan aunque sea con la mirada de ser un miserable asesino... Ese derecho lo reclamo para mí. Y le pido, lector, que si alguna vez se entera de que me quieren conservar vivo con aparatos, vaya en mi nombre y proteste. Si llego a tener una enfermedad mortal que obedezcan a la naturaleza. Acepto lo que permita vivir con dignidad, pero ni agua para que me prolonguen la agonía, quiero morir soñando en el cielo.

El gran dilema de saber o no saber de la proximidad de la muerte y de las condiciones terminales ha sido por mucho tiempo un conflicto en las relaciones humanas y en forma sobresaliente en la relación médico-paciente. Este conflicto es producto no sólo de la estructura del pensamiento "satánico" de la muerte, sino de una orientación hacia las ideas de inmortalidad que se han gestado sobre todo durante los últimos dos siglos. Decirle o no decirle al paciente el diagnóstico y el propósito de su condición terminal, es algo que sigue siendo tema de discusión en los foros de bioética. Sin embargo fuera de los foros, la gente sigue muriendo sin saber y sin haberse preparado para enfrentar los fenómenos que la muerte provoca. Tampoco la estructura social parece saber, ni está preparada para enfrentarlos, puesto que persiste en "negar" por procedimiento la condición terminal de los individuos, ello incluye al equipo de salud, que ha sido orientado hacia el manejo de las enfermedades y a conservar la vida por la vida, sin considerar la propia existencia finita del individuo. Si bien la Sociedad salvaguarda el respeto irrestricto a la vida, no puede soslayar la realidad de la muerte como parte de ésta. Habrá entonces de ser condescendiente con el reconocimiento del estado terminal y los procedimientos que permitan las mejores condiciones en su manejo. Esto sólo es posible mediante el conocimiento de los hechos. Es por eso que prepararse para lo que ha de venir es obligación de todos. Aceptar la muerte

con conocimiento de causa es un acto de dignidad que le da el impulso a los que quedan para continuar por la vida. Decir o no decir.

Médico: Persona que se halla legalmente autorizada para ejercer la medicina. Aquel que asiste especialmente y de continuo al enfermo.

Medicina: Ciencia y técnica de prevenir y curar las enfermedades del cuerpo humano. Comprende: integrar un diagnóstico, dar un pronóstico y establecer un tratamiento.

No encuentro en ninguna de las acepciones, que el médico sea un elegido de Dios, ni el que todo lo sabe y todo lo resuelve, ni mucho menos que sea dador de la vida y de la muerte. Ni siquiera los especialistas, que saben mucho de poco y suelen hacer poco con muchos. Tampoco, como se ve, existe la aceptación de sometedor. Por lo demás no encuentro, mayor favor ni mayor culpa en él, que no la tenga cualquier ser humano.

Sin embargo, la sociedad y sus grupos hacen del médico el depositario plenipotenciario de la existencia humana; y hasta no demostrar lo contrario, éste, suele creerlo y aceptarlo por encima de sus propias limitaciones. Esta creencia no solo alcanza al médico, sino a todo aquel que de alguna u otra manera habrá de hacerse cargo de un paciente. Con esto quiero hacer patente que será todo el equipo de salud quien, en algún momento dado, asuma la responsabilidad (que no le corresponde) de disponer, sin consultarle a nadie, lo que se ha de hacer o no hacer con y por el paciente. Esta situación contrario a ser privilegiada, compromete de tal forma la existencia que los coloca en un riesgo mayor, el de que, de no resolver el conflicto del paciente, será culpable ante su consciencia.

¿Hasta donde el ejercicio profesional del médico frente al paciente terminal puede intervenir en el proceso de la muerte de un paciente? El recurso más importante con el que cuentan los médicos debería ser la realidad demostrada. Llevar los fenómenos a un estudio metodológico que finalmente aterrice en el conocimiento y la experiencia que le permita confrontar a los pacientes a esa

misma realidad. Con ello impediría la creación de falsas expectativas, los abusos, los excesos, que trascienden en errores de procedimiento frente a una condición terminal que requiere más que nunca de aciertos. Este confrontar y conciliar las realidades derivarían en una "buena atención" la esperada para una relación médico-paciente. Es algo que parece que entendemos los médicos, sin embargo, por cultura, (que no es ajena a la de nuestros pacientes), a veces nuestros estudios nos colocan en una posición contradictoria.

Precisamente el conflicto principal del médico frente a un paciente terminal, es poder conciliar con un orden que no le corresponde. Sólo le queda esclarecer, hasta donde sea humanamente posible, la realidad de los hechos. Su labor profesional frente a los pacientes y sus familiares durante el proceso de muerte consiste en integrar un diagnóstico, llegar a un pronóstico lo más apegado a la más estricta metodología y, consecuentemente (con conocimiento de causa), ofrecer los lineamientos de manejo de las condiciones terminales. Profesionalmente hablando esa es su tarea. De la misma manera, profesional, tiene que dar los resultados a los interesados, en este caso al paciente y sus familiares. En ello no puede haber conflicto, sobre todo si consideramos que nuestra labor es profesional. Sin embargo muchas veces se asumen o se aceptan, responsabilidades que no le competen, por ejemplo, la de decidir por el otro o los otros. No sabemos hasta donde es parte del complejo social en el que estamos inmersos (pacientes y médicos). Hasta donde, se nos "dirige" y se nos condiciona a manejar esta situación con cierta tendencia a negar la realidad y considerar que el otro no está preparado para saberlo. No por ahora. ¿Entonces cuando? Nadie tiene derecho a ocultar la verdad de los hechos, aunque su intención sea un acto de "buena voluntad". Sólo, y habremos de consultarlo filosófica y jurídicamente, el dueño del "ser" tiene derecho a ejercer sobre si mismo su voluntad en cuanto a la toma de decisiones y éstas, sólo será posible tomarlas con el conocimiento de los hechos.

Por otra parte, ocultar la verdad de un hecho es imposible, de lo que resulta, que dicho hecho (como realidad), se manifiesta trayendo consigo un enfrentamiento, no solo con quienes hacen la omisión, sino y he ahí lo importante,

consigo mismos, entrando en conflictos de culpas y resentimientos. En otras palabras, morir debe ser un acto sujeto a la conciencia, que nos ubique dentro de la realidad. Un acto consciente, trascendente en el reconocimiento de nosotros y del "otro", sea que muramos nosotros o enfrentemos la muerte del otro.

Existe conflicto, porque no se ha podido reconocer por un lado el estado terminal como un hecho diagnosticable. Por otro, que la medicina, ¡tiene límites!, pero no pueden sobreponerse a las determinantes universales y que por lo tanto se quedan en una dimensión pura y simplemente humana. Otra sería la connotación mítica en la que se le coloca al médico como promotor de la vida, (cuando debiera ser simplemente de la salud en su más amplio sentido).

¿Decirlo o no decirlo?. Para mi entender profesional, no cabe la pregunta, y sin embargo persiste como un elemento esotérico, decir o no decir. ¿Quién es quien para tomar esa decisión sobre un aspecto tan trascendental? ¿Por qué reservar los pronósticos, porqué ocultar los diagnósticos? ¿Acaso es una negación muy elaborada del mismo clan que, como decimos, deposita en el médico el criterio del semidiós para salvaguardar las esperanzas? ¿Será la negación del mismo médico frente a aquella, que no quiere aceptar puesto que representa un "fracaso" o bien un enfrentamiento a su propia muerte? ¿Es un fenómeno de crisis existencial? ¿Es una duda razonable? ¿Ignorancia tal vez? ¿Es negligencia?

Hecho el diagnóstico, y establecido el pronóstico de paciente terminal, es necesario que todos lo conozcan dado que tal condición, implica un proceso trascendental en la vida no solo del paciente terminal, sino en sus familiares. Ellos habrán de resolverla en cuanto a confirmar los arraigos, reconocer los pendientes y promover los depósitos, que recíprocamente se han creado. El mismo médico tendría la oportunidad de depositarse en aquellos que participen en el diagnóstico y conformar como he mencionado, una metodología que nos permita ascender a la muerte de nuestros pacientes de una manera profesional y no en forma de conflicto existencial.

¿Qué significa decir o no decir a los pacientes, que se encuentran en estado terminal? Apenas y entendemos lo que es este estado y pretender comunicarlo pudiese ser una torpeza. Además, ¿para que decirlo y desencadenar los

demonios de las expectativas o para qué acabar con sus esperanzas? ¿Qué caso tiene que sepa que sufre una carcinomatosis, si ni siquiera puede entender de que está enfermo? Claro, que si se lo digo, es necesario que sea en forma clara y precisa, sin crearle expectativas, ni falsas esperanzas y eso puede considerarse inhumano, ¿inhumano? Cito a Benedetti: —dijo el médico, con el tono de quien extrae de la manga un naípe oculto,— vamos hacer todo lo que sea necesario... Mariano sintió de pronto una implacable necesidad de abandonar el consultorio, no precisamente para volver a la desesperación. La seguridad del diagnóstico le había provocado, era increíble, una sensación de alivio... el conocimiento de la Verdad es su derecho, un derecho que debiera ser de orden constitucional. Como se menciona por ahí, el derecho a la información veraz, oportuna, suficiente y adecuada (no de "adecuación", para fines de administrar la información). Me refiero a hacerla comprensible para quien la recibe, a lo que profesionalmente está obligado ética y moralmente el médico.

Al decirlo se desencadena el proceso de muerte entendida como un estado terminal donde se pueden resolver los arraigos, los pendientes y los depósitos del propio paciente. El médico puede "puntear" los fenómenos conciliatorios entre los familiares y el paciente o de todos los que intervengan en el proceso incluyendo claro está al propio médico, permitiendo así la solución de los conflictos existenciales. Vg. hacer su testamento, "pedir su última voluntad". Procesar propiamente la muerte y llegar al estado de aceptación como fin último propositivo.

Por otra parte, decirle a un paciente melodramáticamente que "ya no hay nada que hacer", o que le quedan seis meses de vida, parece ser un problema de ética profesional que coloca a los médicos entre la espada y la pared. Muchas veces por el propio rejuego del discurso de los familiares y pacientes se deja escapar creando en ambos sentidos falsas expectativas y con ello trastornos conductuales de todo el clan en su conjunto. Lo cierto es (experiencia personal), que difícilmente un paciente terminal ignora la inminencia de su muerte. Esto sucede, (que realmente lo ignore), generalmente por un fenómeno de negación profunda del grupo que rodea al paciente y que en forma elaborada y torpe, por una

confabulación clanezca, “deciden” no decirlo. No importa como se haga siempre termina dramáticamente descubierta. El engaño, “la tramoya” estructurada alrededor del paciente es lo que crea las condiciones de muerte más angustiosa, puesto que existe una ruptura total con la realidad objetiva, que aumenta las sensaciones a las que formalmente les tememos más, la soledad y la incertidumbre que se expresa como el vacío, en forma de desconfianza hacia todo lo que nos rodea. Esta situación también condiciona la elaboración de duelos patológicos entre los familiares y el personal de salud.

¿Tal vez la forma? A veces el conflicto de enfrentar al paciente radica más bien en el ¿cómo?, más que en decirlo o no. De una vez por todas debemos terminar con estas condiciones melodramáticas y sujetarnos como médicos a la realidad. Responder y conciliar con nuestros procedimientos metodológica y adecuadamente aplicados a las expectativas del paciente de tal suerte que la resultante le traduzca a éste la seguridad de una “buena atención”. Ofrecer seguridad, aún frente al conflicto del morir nos permite rescatarnos, sin para ello realizar actos heroicos o caer en autismos protectores.

Quien enfrenta a la muerte y lo sabe, tiene la posibilidad de encontrarse a si mismo y de resolver su vida.

Pareciera que decirlo, activará la guillotina y no hubiera posibilidad de hacer nada. nada, ni el paciente, ni el médico y no es posible que yo, ¡yo médico!, ya no pueda hacer nada. Mejor no se lo digo. ¿Cómo le digo a alguien que ya no hay nada que hacer? Si se dijese así, verdaderamente sería desolador y triste. Tanto o más pobre sería el dar un lapso de tres meses o tres años, sin haber elaborado un diagnóstico adecuado y propuesto un plan de tratamiento en el que se incluya el propio proceso terminal. No tenemos derecho ha hacer eso. Tal vez, ni siquiera es importante decirlo. Es más, baste con hacer patente la realidad aclarándola. Poniéndola en el entendimiento del paciente y sus familiares. Es el diagnóstico al que hemos llegado con una base racional el que da la medida y en lo posible no deja dudas. Es necesario procesarlo interactivamente con el paciente y los familiares.

Reconocida la realidad, se supera toda expectativa, permite entonces que las

cosas ocupen su lugar. Podemos decir si, que va a morir, y como lo sostengo, quién lo sabe primero es quien lo vive. Pero de esto a que ya no hay nada que hacer, existe una distancia enorme. ¡Queda todo por hacer! De hecho hay que hacerlo todo. Estructurar y desarrollar un plan que permita aprovechar la vida, (¡no lo que queda de vida!) en todo su contenido. Resolver pendientes, definir arraigos, conformar depósitos, realizar afectos, reconciliarse con la vida como una realidad vivida. Reforzar la presencia y la referencia de quienes están con nosotros; perdonar, si ello es importante, pero frente a la vida, ¡vivida!, muy pocas cosas adquieren tal importancia.

Si tomamos en cuenta las opiniones de quienes participan en el proceso terminal, paciente, familiares, clan y equipo de salud nos daremos cuenta de que la mayoría difieren entre sí. Se manejan constantemente en forma "saltatoria". Todos finalmente crean expectativas que no se cumplen. No sólo para reconocer en el paciente el estado terminal, sino en reconocer ante si mismos su "imposibilidad" de proporcionarle un tratamiento (que le conserve la vida). Estas condiciones traen por consecuencia un mecanismo de confusión implícito que consiste en la necesidad de reprimir ante los demás las manifestaciones de duelo, cualesquiera que éstas sean (puesto que negamos que vaya a morir). A la vez, se procura agotar los recursos en forma "heroica" para conciliar no la realidad, sino las expectativas creadas dentro de nuestro propio orden de las cosas.

Con ello se pretende ascender de la manera "menos dolorosa" a lo que íntimamente percibimos como sensación de muerte inminente. El Clan por su parte reafirma las expectativas creadas culturalmente perpetuando las conductas ante el proceso de muerte. Cito a Illich: "El diagnóstico médico de entidades nosológicas sustantivas que supuestamente toman forma en el cuerpo del individuo resulta un modo subrepticio y amoral de culpar a la víctima... La enfermedad sustantiva puede así interpretarse como la materialización de un mito políticamente conveniente que adquiere substancia dentro del cuerpo del individuo cuando dicho cuerpo se rebela contra las demandas que la sociedad... le impone".

No se puede aceptar de buenas a primeras el diagnóstico de estado terminal. Es necesario "agotar" todas las posibilidades para corroborarlo. Buscar

alternativas de tratamiento, no importando cuales, para preservar la vida en cualesquier condición. Suele pasarse de la sobrevaloración de las condiciones lo que resulta en mayor deterioro; por ejemplo refieren Martínez y col.: "La sobrestimación de los requerimientos metabólicos de los pacientes graves puede acarrear consecuencias desagradables como hiperglucemias, diuresis osmótica, estados hiperosmolares, infiltración grasa de hígado, excesiva producción de CO₂ y deterioro en la función respiración. Se ha observado que en el cálculo del factor de estrés se dan sobrestimaciones y el paciente aparece más grave de lo que realmente está. Por ejemplo por el empleo de ventiladores, la diálisis o el soporte hemodinámico, etc. Por lo que es necesario partir de mediciones más cercanas a la realidad y evitar complicaciones como las mencionadas". O bien se pasa al abandono absoluto, puesto que ya no hay nada que hacer.

Frente a la posición definitiva del médico que confirma el estado terminal (o la no recuperación), genera la reacción, sólo reacción, de "confirmarlo". De donde se desencadena uno de los mayores riesgos no sólo en lo que se refiere a la dinámica familiar sino en el uso de su patrimonio. Me refiero a la "mediquitis".

Se buscará primero a la "eminencia", la cual o no se encuentra o no accede, y si lo hace, hasta no demostrar lo contrario requerirá de una nueva valoración, tanto clínica como de laboratorio y gabinete, así como de poder valorarlo en medio hospitalario. Si no es la eminencia, es el médico amigo, o el conocido, o el recomendado o todos en cascada, los que, hasta no demostrar lo contrario, éticamente, tienen la obligación de revalorar al paciente, asumiendo que "no deben acabar con las esperanzas". El uno lo refiere a otro y éste lo recomienda con un "especialista". El otro sugiere una unidad de "terapia intensiva", aquel, requiere de "interconsultas" con varios especialistas. Se le aclara a algún familiar la improcedencia de esas medidas mientras que en otro renace la esperanza de un nuevo remedio descubierto en Australia, o en Asia, o en Chiapas. Siempre existe "Houston", las cápsulas de víbora, el "agua de tlacote", el barro azufrado, la limpia, el curandero, la bruja, el remedio casero, alguna vacuna, algún aparato nuevo; ¡debe existir algo!, ¿pero qué?, para acabar con esa enfermedad. En la enfermedad se realiza la transferencia ocupando ésta toda la atención dejando al

paciente a un lado. La enfermedad es lo importante y las consecuencias que haya de padecer el paciente son secundarias a la necesidad de los demás de atacarla. Las conversaciones son alrededor de si es o no es, cáncer o tumor, maligno o benigno, o lo que ustedes quieran. Se construye sobre el paciente un nuevo idioma que pocos o ninguno entiende y que las más de las veces es necesario que alguien tome la responsabilidad de homogeneizar para evitar mayores confusiones. (Este sería el médico Tanatólogo). Entre los mismos médicos suele haber discrepancias graves como si tal o cual tumor es quimiorresistente o si la radioterapia es inútil o si tal o cual analgésico puede producir anemia aplásica o adicción. Todo esto sucede frente a la ignorancia misma de la condición terminal del paciente y la necesidad de comprenderlo como ser humano, que padece una enfermedad, pero no ha dejado de tener un concepto de vida que se reclama como una necesidad para utilizarla como vida propiamente. No se, si existe algo, saldrá a la luz en su momento, que no necesariamente es el oportuno. Sin embargo mientras que esa cantidad de médicos y remedios se mueven en función de la enfermedad el paciente espera. ¿Qué? La comunicación, la atención personal, el cuidado en casa, el mimo, el llanto, el coraje, incluso la agresión que le haga sentir que está vivo, y que existe independientemente de la enfermedad que padece.

Más allá en algún rincón, en una habitación vacía, en un pasillo, en la calle o en su casa, existe también un alguien que creyó que la "bata blanca" lo protegería del propio conflicto humano y no se preparó para sortear aquel riesgo que les contaba, el de que, de no resolver al individuo, será culpable ante su conciencia.

No, no fracasamos. Si hicimos un diagnóstico, establecimos un pronóstico y dimos un tratamiento que en el mejor de los casos sirva de algo cumplimos con nuestra labor y en tanto estemos conscientes de nuestras limitaciones nadie absolutamente nadie (ni nuestras conciencias) podrán reclamarnos nada. No compañeros, no fracasamos.

La libertad es parte de la historia y la mitad de la verdad... La otra mitad es la responsabilidad

Misión.- Formar recursos humanos para la salud en el área de anestesiología con capacidad resolutive, responsable en el desarrollo de sus deberes y Saberes prácticos y teóricos. Trabajo interdisciplinario, que responda a las necesidades de atención Médica Anestésica de la Población.

Visión.- Posicionar en la vanguardia Educativa a la Universidad de Guadalajara Ofreciendo Recursos Humanos de calidad en Anestesiología. Siendo reconocidos en todos y cada uno de los aspectos éticos, tecnológicos y de competencias profesionales

PLANO NORMATIVO

En este aspecto se analizaron toda una serie de documentos que tienen que ver con la especialidad y se seleccionó aquellos capítulos, artículos y normas que impactan directamente en el ejercicio profesional de la anestesiología pediátrica.

Anexo 1

De la Institución y la Especialidad.

En México actualmente existen solo dos lugares que imparten y avalan la subespecialidad en Anestesiología Pediátrica son la Universidad de Guadalajara con sede en Hospital Civil de Guadalajara y la Universidad Nacional Autónoma de México con sedes en el Hospital Infantil de México, el Instituto Nacional de Pediatría, son las plazas captadas por la Secretaría de Salud . En el IMSS:, EL hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI , El General Centro Médico la Raza, existen adiestramientos pero sin reconocimiento por parte de la Universidad con duración de 10 meses, Existe solo un Programa Académico a nivel nacional es el que se imparte en ambas universidades no se encuentra actualizado en Programa por competencias profesionales y actualmente tiene una duración de dos años.

En Venezuela el programa por subespecialidad en Anestesiología Pediátrica esta bien establecido su duración es de una año pero a la fecha no ha llevado por medio de competencias profesionales, cabe mencionar que el aval del curso lo da el hospital y el Colegio de Anestesiólogos de su propia entidad, en Perú se imparte un adiestramiento que no es propiamente un programa sino como una serie de lista de temas que el residente debe cubrir sin mencionar trabajos de atención médica no esta implementado con modelo de competencias y no muestran información de ser avalado por alguna Universidad, Colombia y Argentina parecer ser que llevan la delantera a lo que a competencias se refieren tienen programas bien diseñados con formación integral en competencias y son avalados por las Universidades, estan por implementar la duración de dos años, pero no mencionan el número de créditos que se deben de cumplir para realizarlo, España también a dedicado tiempo a la elaboración y mejoramiento de los programas actualmente se llevan a cabo por competencias y los que lo realizan deben cubrir cierto numero de créditos sin importar el tiempo de duración.

3. ESTRUCTURA DEL PLAN DE ESTUDIO Y ORGANIZACIÓN CURRICULAR

Justificación

A partir de 1940, en que inicia la era de la Anestesia Moderna, ésta es reconocida como una especialidad médica y científica. La especialidad ha tenido un crecimiento explosivo, producto del desarrollo en la tecnología, técnicas anestésicas e introducción de fármacos.

En éste proceso evolutivo, existen momentos o descubrimientos clave, a partir de los cuales se pudieron ir brindando manejos anestésicos más seguros y confortables para los pacientes quirúrgicos. Entre ellos destacan:

Para la anestesia inhalatoria, el descubrimiento de las propiedades anestésicas del N₂O, y el uso del éter por vía inhalada. Posteriormente destacan la introducción del absorbedor de CO₂, del circuito respiratorio y la intubación endotraqueal, del tubo en T de Ayre, del curare y de la succinilcolina, el diseño de las hojas de laringoscopio recta y curva, las válvulas de no reinhalación para los circuitos anestésicos, la fabricación del primer aparato de anestesia y del

vaporizador marmita de cobre, (que permitió la vaporización precisa de los anestésicos volátiles), la invención de los respiradores Bennett y Bird durante la 1ª Guerra Mundial, la introducción del halotano, el concepto de CAM, el diseño de los circuitos de uso común en anestesia pediátrica de Jackson Rees y el sistema Bain; la síntesis de enflurano, isoflurano, sevoflurano y del desflurano, la introducción de relajantes musculares no despolarizantes como pancuronio, vecuronio, atracurio y en los últimos 15 años otros como mivacurio, cisatracurio y rocuronio; vaporizadores termocompensados o de derivación variable tipo TEC, hasta llegar a los TEC 5 y 6 y los de unidad de administración de anestesia (ADU). Al mismo tiempo se han ido diseñando aparatos de anestesia más sofisticados, que incluyen ventiladores modernos y sistemas de espectrometría de masa que permiten monitorizar las concentraciones inspiradas y espiradas de los gases y vapores anestésicos.

Para la anestesia regional: anestesia raquídea con cocaína, anestesia regional intravenosa con procaína, la introducción del bloqueo peridural lumbar, de la técnica de pérdida de la resistencia para abordar el espacio peridural, de la aguja de Tuohy y de la anestesia epidural continua a través de catéteres ureterales; el uso de la lidocaína, de la bupivacaína, prilocaína, ropivacaína y recientemente de la levobupivacaína; el descubrimiento de la existencia y función de receptores opiáceos, permitiendo su uso peridural e intratecal y para analgesia trans y postoperatoria, y el uso de la anestesia combinada hecha con una sola aguja. Así mismo ha habido avances en el diseño de las agujas y catéteres para las diferentes técnicas de anestesia regional, en conjunción con el advenimiento del estimulador de nervios periféricos y las bombas de infusión.

Para la anestesia intravenosa el invento de la jeringa hipodérmica, el uso del tiopental, la utilización del fentanil y droperidol e introducción de la neuroleptoanalgesia, la síntesis de la ketamina, la producción de la anestesia disociativa, la introducción de la anestesia analgésica, la utilización de diferentes opiáceos en anestesia: morfina, sufentanilo, pentazocina, meperidina, butorfanol, nalbufina, buprenorfina y remifentanil; la introducción en la práctica clínica del midazolam, etomidato, flumazenil, alfentanil, propofol y de la técnica de analgesia

intravenosa total. Estas últimas drogas permitieron el auge de la cirugía ambulatoria.

Para el monitoreo, la medición obligada de la Tensión Arterial , con la introducción de monitores automáticos , el uso del estetoscopio precordial y posteriormente del esofágico, la introducción de la oximetría de pulso, de la electrocardiografía y con el desarrollo de la espectrometría de masa, la medición del CO₂ espirado. La oximetría pasó a ser el más importante avance tecnológico para el bienestar y la seguridad de los pacientes en anestesia, recuperación y UCI. Últimamente destacan el monitoreo de la profundidad anestésica con el uso del índice biospectral y de potenciales evocados y el continuo desarrollo de monitores más precisos y sofisticados. Producto de la globalización a través del neoliberalismo y la tercera revolución científico-tecnológica, se ha tenido acceso a los medios de comunicación universal, (TV, prensa escrita, internet,etc), lo que ha facilitado por un lado el intercambio cultural , científico y profesional, fomentando el progreso de la Anestesiología, la introducción de las Políticas de Calidad, el interés por la Certificación de Hospitales y Universidades y la incorporación del aprendizaje por Competencias Profesionales Integradas.

El crecimiento explosivo de la Anestesiología ha permitido el desarrollo de especialidades como la Neonatología así como la realización de procedimientos quirúrgicos de alta especialidad. El desarrollo de la Anestesiología se ha visto favorecido por la necesidad de donación y trasplante de órganos, los programas de Cirugía Ambulatoria, Cirugía de corazón y grandes vasos; la incorporación de técnicas entre las que destacan la Cirugía Laparoscópica, Microcirugía y Cirugía con Lasser; la introducción de tecnologías como Resonancia Magnética, Tomografía por emisión de positrones, litotripsia, radiología intervencionista y técnicas de embolización y angioplastia subcutánea y finalmente los progresos en Ingeniería Biomédica para quirófanos, UCI y Clínicas del Dolor y en la incorporación de fármacos.

La Anestesiología Pediátrica es una rama de la Anestesiología que se ocupa de la atención integral de pacientes pediátricos que requieren:

1. Evaluación, consulta y preparación para anestesia.
2. Brindar manejo y proveer insensibilidad al dolor durante procedimientos anestésicos diagnósticos, terapéuticos, quirúrgicos y obstétricos.
3. Monitoreo y restauración de la homeostasis durante el período perioperatorio, o de los pacientes pediátricos en estado crítico, lesionados o seriamente enfermos.
4. Diagnóstico y tratamiento de síndromes dolorosos agudos y crónicos.
5. Evaluación de la función respiratoria y aplicación de la terapia respiratoria en todas sus variantes.
6. El manejo clínico y enseñanza de la resucitación cardíaca y pulmonar.
7. La supervisión, enseñanza y evaluación de las funciones del personal médico y paramédico involucrado en anestesia, cuidados críticos y respiratorios
8. Funciones administrativas en hospitales y escuelas de medicina.

Así, el Anestesiólogo Pediatra es un Profesional que no solo actúa como el médico internista o intensivista del quirófano y de la UCI, sino que interviene en otras áreas como en Medicina Perioperatoria, Clínicas de Dolor, centros de Radiología e Imagenología, Hemodinamia y en funciones de Enseñanza y Administrativas. Por otro lado el desarrollo de subespecialidades en anestesia obstétrica, neuroanestesia, cardioanestesia y en Cirugía de Transplantes, han requerido de una preparación de más alto nivel por parte de éstos profesionales.

Actualmente, con los adelantos previamente mencionados, se puede considerar que aunque segura, nuestra especialidad aún no ha logrado plenamente su madurez.

Son objetivos a lograr su reconocimiento social, cultural, científico y económico, basados en una preparación profesional de alto nivel y un mayor involucramiento con la sociedad.

Seguramente tendrá un rol importante durante el siglo XXI, en las técnicas de Cirugía Robótica, microcirugía para trasplante quirúrgico de tejidos, y en la implantación quirúrgica de electrodos para reinervación exógena a pacientes

parapléjicos. Otra posibilidad futura sería el descubrimiento de: aplicaciones terapéuticas para los anestésicos, drogas o métodos que bloqueen selectivamente la propagación de los impulsos dolorosos aferentes, anestésicos de muy baja solubilidad, relajantes musculares no despolarizantes de acción ultracorta, opiáceos más potentes y con menos efectos colaterales, componentes sanguíneos artificiales y máquinas de anestesia calibradas para monitorizar todas las drogas. No se descartan adelantos en la manipulación genética y la administración de anestesia a pacientes con envenenamiento, quemaduras o efectos de radiaciones o de una explosión nuclear.

Con tan variadas expectativas y áreas de influencia, sumadas a la tendencia actual a las subespecialidades y a la creciente demanda de nuestros servicios por parte de todas las especialidades quirúrgicas, es justificable que se continúe la preparación de recursos de alto nivel, a partir de un esfuerzo conjunto entre la Universidad de Guadalajara, el CUCS y las Instituciones Sede, para continuar con la incorporación del Programa por Competencias Profesionales Integradas en las Residencias Médicas.

La incorporación a la práctica clínica cotidiana de ciencias básicas como la bioquímica, la físico-química, la farmacología, la inmunológica, la genética, la cibernética, y la computación, entre otras representa el abandono de los programas de estudios arcaicos y obsoletos-frecuentemente copiados de otras realidades –que no respondían a las necesidades y planteamientos auténticos de la medicina de nuestro país. Así pues se diseñó un programa que tiene como propósitos centrales.

- a) un programa por competencias profesionales integradas, de acuerdo con los propósitos del Plan Nacional de Salud.
- b) Integrar un programa educativo que optimice los recursos técnicos, humanos y de infraestructura existentes en las diferentes instituciones de salud en el país.
- c) Preparar médicos anesthesiólogos integrales que al terminar su especialidad, puedan laborar en cualquier institución de salud de segundo o tercer nivel, y con esto abatir los índices de morbimortalidad.

- d) Favorecer un desarrollo del profesional de la medicina que responda a las necesidades asistenciales, educativas (docentes) y de investigación de su área respectiva.
- e) Preparar especialistas que con eficiencia y eficacia coadyuven integralmente en la atención al paciente, gracias a un enfoque multidisciplinario y al equipo de salud adecuado.

3.2 Perfil de Ingreso a la Subespecialidad en Anestesiología Pediátrica

Comprende dos aspectos Académico administrativo y el de competencias profesionales que debe poseer el aspirante.

Académico-administrativo:

1. Para ingresar a la subespecialidad en Anestesiología Pediátrica, se requiere.
2. Presentar título de Licenciatura de Medicina o equivalente, legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes.
3. Presentar título Especialidad en Anestesiología legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes. En caso de encontrarse en trámite, deberá entregarse transitoriamente un acta oficial de aprobación del examen de especialista expedida por la institución educativa correspondiente, que se substituirá por el título en un plazo no mayor de seis meses.
4. Comprobar el estado de salud mediante el certificado expedido por una institución médica del Sector Salud. La aptitud requerida para la especialidad, según el caso, se determinará a través de entrevistas y exámenes específicos que realice el comité de selección de aspirantes del Servicio de Anestesiología Pediátrica en la unidad receptora.
5. Presentar la solicitud por escrito y los documentos adicionales que se le indiquen, ante las autoridades de las unidades administrativas competentes y

de las unidades administrativas de enseñanza de la institución de salud sede de la residencia.

6. Recabar el documento que formalice su ingreso a la institución en que haya sido aceptado para realizar la subespecialidad.
7. Los médicos de nacionalidad extranjera que hayan estudiado la especialidad en México o en alguna universidad del extranjero que deseen ingresar a la subespecialidad, deberán realizar los trámites que establece la unidad receptora.
8. En virtud de que la subespecialidad en Anestesiología Pediátrica debe contar con el reconocimiento de La Universidad de Guadalajara , los médicos que ingresen a la subespecialidad deberán inscribirse como alumnos de esta y cubrir los requisitos que establece la Institución.
9. Tiempo exclusivo para realizar la subespecialidad en la unidad médica receptora asignada, para el debido cumplimiento de los programas académico y operativo correspondientes y de su formación en la especialidad.
10. Cumplir con los requisitos de la NOM 090

Competencias Profesionales que debe poseer el aspirante:

1. Conocer e identificar al individuo desde una perspectiva compleja bio psico social, con juicio crítico y respeto a la diversidad ideológica.
2. Resolver problemas que se presentan en la práctica profesional aplicando los principios y métodos científicos para interpretar la realidad, con juicio crítico, ética profesional y creatividad.
3. Comunicar eficaz, eficiente y adecuadamente de manera oral, escrita y gráfica, a través de los diferentes medios de comunicación respetando la diversidad de ideas, con honestidad y ética profesional.
4. Ejercer su práctica profesional de acuerdo a la normatividad estatal, nacional e internacional, con una actitud ética, crítica y propositiva.

5. Analizar e insertarse en los segmentos del mercado de trabajo con actitud autocrítica, creativa y ética profesional con liderazgo en su campo profesional.
6. Resolver problemas profesionales de forma multi, inter y transdisciplinarios para una convivencia de respeto y ética profesional.
7. Identificar, diseñar e implementar los diferentes programas de prevención de la salud en equipo multi, inter y transdisciplinario para fomentar una cultura de salud.
8. Aplicar los conocimientos sobre el proceso administrativo con eficiencia y eficacia de acuerdo a las prioridades del ámbito de la salud, con una actitud prospectiva y propositiva.
9. Es un universitario comprometido con los principios ideológicos emanados de las políticas contenidas en la Ley orgánica de la Universidad de Guadalajara.
10. Es un profesional que aplica sus conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas para proporcionar atención de anestesiología general, de alta calidad, a través de la promoción de la salud, protección específica, acciones oportunas de diagnóstico, de tratamiento, limitación del daño y rehabilitación.
11. Que utiliza su juicio crítico para la atención o referencia de sus pacientes a otros niveles de atención o profesionales de la salud.
12. Que actúa respetando las normas éticas para darle un sentido humano a su práctica profesional, dentro de los patrones culturales y económicos de la comunidad donde otorgue sus servicios.
13. Que está dispuesto a trabajar en equipo ejerciendo el liderazgo que le corresponda y de acuerdo al rol que le sea asignado, participa con responsabilidad en la toma de decisiones y aplica su juicio crítico en los diferentes modelos de práctica médica.
14. Que aplica los avances científicos y tecnológicos incorporándolos a su práctica con sentido crítico, colocando los intereses de los pacientes por encima de cualquier otra consideración.

- 15.** Que aplica la metodología con enfoque clínico epidemiológico en el ámbito de la investigación científica, buscando siempre nuevos conocimientos para el desarrollo profesional propio y de sus compañeros de profesión, así como, de aquellos en proceso de formación, contribuyendo a la formación, contribuyendo a la difusión y extensión de la cultura médica entre la población.
- 16.** Que administra los recursos destinados para la atención de la salud.
- 17.** Que actúa dentro de la normatividad que regula su práctica profesional.

Criterios particulares

Específicos de la Institución y Unidad Sede.

Aspirantes Nacionales:

- Promedio de Calificaciones final en Anestesiología de 90
- Entrevista por parte de la subdirección de Enseñanza, para obtener durante la subespecialidad una opinión directa sobre los candidatos a la Subespecialidad
- Solicitud por escrito dirigida al Subdirector de Enseñanza del Hospital.
- Entrevista por parte del Servicio de Anestesiología Pediátrica, para obtener una opinión directa sobre los candidatos a la subespecialidad.
- Curriculum Vitae, de acuerdo al formato del hospital con todas las fotocopias que avalen lo descrito y ordenadas de acuerdo a la numeración del formato (original y copia).
- Acta de Nacimiento (original y tres copias).
- Registro Federal de Causantes (original y tres fotocopias).
- Cartilla Servicio Militar Nacional Liberada (original y tres fotocopias).
- Cédula Profesional (original y tres fotocopias).
- Constancia de Especialidad en Anestesiología General (original y dos fotocopias).
- Título Profesional Universitario de la Especialidad (original y tres fotocopias).

- Cinco fotografías recientes tamaño infantil.
- Cuatro fotografías de frente y cuatro de perfil especiales para filiación.
- Cuatro fotografías recientes a color tamaño infantil.
- Tres cartas de recomendación (no familiares).
- Carta dirigida al Profesor Titular del curso especificando el motivo para realizar la especialidad y las expectativas del mismo.
- Dominio del idioma inglés (presentar carta de acreditación).
- Disponibilidad de tiempo completo para la especialidad.
- Más los requisitos del Departamento de Control Escolar del Centro.

Aspirantes Extranjeros:

- Solicitud escrita dirigida al subdirector de Enseñanza del hospital.
- Curriculum Vitae, de acuerdo al formato del hospital con todas las fotocopias que avalen lo descrito y ordenadas de acuerdo a la numeración del formato (original y copia).
- Acta de Nacimiento (original y tres copias).
- Certificado de Secundaria (original y tres copias).
- Certificado de Bachillerato (original y tres copias).
- Certificado de las calificaciones obtenidas durante la carrera, con promedio general de las mismas (original y tres fotocopias).
- Título Profesional Universitario de la Especialidad (original y tres fotocopias).
- Cédula Profesional (Registro del título médico ante las autoridades competentes del país en donde realizo sus estudios (original y tres copias).
- Certificación por el consejo correspondiente (original y tres copias).
- Carta del Ministerio de salud o de la Embajada del país de origen de alguna dependencia gubernamental autorizada manifestando su acuerdo en la preparación que solicita el aspirante (original y tres copias).

- Constancia oficial de ayuda económica de una institución gubernamental o9 privada, que le permita sufragar sus gastos durante su estancia en México por el tiempo que dure su estancia en México por el tiempo que dure la subespecialidad. (original y tres copias).
- Constancia oficial de dos años de práctica hospitalaria en una institución oficial o de un año como Anestesiólogo. (solo en caso de no haber realizado los estudios de Medicina en México) (original y tres copias).
- Carta-Compromiso de regreso a su país de origen al término de la subespecialidad (original y tres copias).
- Documentos migratorios (original y cuatro fotocopias).
- Cinco fotografías recientes a color tamaño infantil.
- Cuatro fotografías recientes a color tamaño credencial.
- Tres cartas de recomendación (no familiar).
- Carta dirigida al profesor titular del curso especificando motivo de realizar la especialidad y expectativas del mismo.
- Dominio del idioma inglés.
- Presentarse a entrevista personal con el profesor Titular del Curso.
- Disponibilidad de tiempo completo para la especialidad.
- Cubrir el pago correspondiente por matrícula a la Universidad y la propias del Hospital.
- Más los requisitos del Departamento de Control Escolar del Centro.

3.2 Perfil de Egreso

El egresado de la Especialidad Médica en Anestesiología Pediátrica es un profesionalista experto de vanguardia a corto mediano y largo plazo, poseedor de capacidades para resolver los problemas propios de la especialidad y participa en los procesos de gestión y educación en su ámbito profesional. El Perfil de Egreso está conformado por competencias profesionales integradas en dos áreas:

I. Competencias Profesionales Integradas para resolver los problemas propios de la anestesiología en el pre, trans y posoperatorio, de acuerdo al estado del arte de la medicina:

1. Comprende los procesos de investigación y su impacto en la atención integral del paciente quirúrgico, innovando permanentemente los procedimientos (protocolos) de atención en busca de la excelencia.
2. Posee capacidades y habilidades humanísticas en el manejo de la incertidumbre, en la relación con los familiares y profesionistas que participan en el equipo quirúrgico.
3. Conoce y comprende profundamente las diferentes formas de comunicación y según el escenario emplea con eficiencia la correspondiente tanto con los familiares como con los miembros del equipo de salud.
4. Participa activamente en el trabajo colaborativo con amplio conocimiento de la estructura del Sector Salud y sus características operativas para metas instituciones como factor conductor de alto desempeño para mejorar la salud de pacientes y comunidades interrelacionando las funciones de asistencia, docencia, investigación y administrativa en equipos multiprofesionales.
5. Desarrolla habilidades y destrezas para el manejo de la informática que le facilite el acceso a la nueva información que enriquezca su práctica profesional en forma permanente.
6. Desarrolla capacidades y habilidades de liderazgo que favorezcan el trabajo interdisciplinario y la Tras culturización médica internacional.
7. Actúa como consultante de otros especialistas o médicos generales y, previa valoración adecuada y completa del paciente a su cargo, solicitar oportunamente la colaboración de otros especialistas si esto fuera necesario.

II. Competencias Profesionales Integradas para participar en los procesos de gestión y educación:

- 1** Comprende y aplica los saberes teórico-prácticos de la administración de las Instituciones de Salud, respetando los principios ético-normativos que impactan en el ejercicio profesional donde participa en el diseño organizacional para incrementar la calidad y eficiencia de los servicios que presta
- 2** Diseña, realiza o colabora en programas educativos dirigidos a su propio desarrollo profesional, participa en la formación de nuevas generaciones en salud e interactúa con el equipo de salud del que forma parte y a los pacientes a su cargo y sus familiares en los programas de educación para la salud.

Estas competencias profesionales integradas le facilitaran al especialista la movilidad profesional dentro y fuera de México en la búsqueda permanente de la perfección de su ejercicio profesional.

4. PERFIL DEL DOCENTE

4.1 Perfil Profesional

El personal docente deberá cubrir competencias de tipo cognitivas, prácticas y formativas, este perfil debe de ser congruente con la especialidad.

COMPETENCIAS PROFESIONALES

COMPETENCIAS PRÁCTICAS	COMPETENCIAS COGNITIVAS	COMPETENCIAS FORMATIVAS
Demuestra destreza, habilidad y eficiencia en cada uno de los procedimientos propios de la Anestesiología Pediátrica.	Disciplinar. Actualización disciplinar. Actualización en los avances de las Ciencias Médicas y en lo particular de la Anestesiología Pediátrica	Respeto a la diversidad cultural. Capacidad para el trabajo colaborativo e Inter y multidisciplinario. Manejo y respeto de los aspectos ético-normativos de la diferentes instituciones que se involucran con el PE. Disposición para la actualización permanente de acuerdo a los cambios que exige el avance científico-tecnológico que se presenten.

La misma Ley Orgánica de la Universidad de Guadalajara dentro del capítulo primero de disposiciones generales en su artículo 1º. Y En conformidad con el artículo 17 nos dice que los miembros del personal académico será nombrado por oposición de acuerdo a las normas reglamentadoras que regulen este procedimiento, para ser nombrado miembro de su personal académico se requerirá ser de reconocida capacidad y honorabilidad.

En el Reglamento de Ingreso, promoción y permanencia del personal académico deberá de cubrir los siguientes requisitos:

I - Tener nacionalidad mexicana o en caso de extranjero acreditar su legal estancia en el país.

II – Demostrar mediante documentación y demás pruebas del caso, que satisface los requisitos para la categoría y nivel a que aspira, de conformidad con lo dispuesto por el título segundo del presente reglamento, tratándose de extranjeros o de nacionales con estudios en el extranjero, deberán acompañar sus respectivos documentos académicos con traducción a la lengua española, legalizadas por las autoridades diplomáticas.

En el artículo 19 nos menciona la documentación solicitada:

- Certificados, diplomas, grados académicos u otros comprobantes de estudios.
- Curriculum organizado de acuerdo al formato establecido por la Universidad, donde se describe la formación académica, actividades académicas, experiencia profesional, así como su participación universitaria.
- Prueba documental o cualquier medio idóneo para demostrar la producción y experiencia personal.
- Pruebas técnicas que solicite la dependencia respectiva.

En su artículo 30 dispone que se deberán sustentar y aprobar de menos tres de las siguientes pruebas, afines a la categoría y función a desempeñar y serán determinadas por la comisión determinadora respectiva:

- Análisis por escrito del programa de estudios o de investigación correspondiente.
- Exposición escrita de un tema, programa en 15 cuartillas.
- Exposición oral del punto anterior.
- Interrogatorio sobre la materia
- Prueba didáctica o simulacro de clase (exposición)

- Formulación de un proyecto de investigación o de un problema determinado.
- Ensayo para el nivel o área que se convoque
- Elaboración de guías didácticas
- Trabajos de apoyo para la docencia, investigación, extensión y difusión de la cultura.

Se aplicarán puntajes con respecto a la experiencia académica, docencia, impartición de cursos en diversos niveles, actualización, educación médica continua, formación docente, diseño de programas, modificaciones, evaluación, diseño; y se contabilizarán de acuerdo a los conceptos establecidos por la universidad.

En capítulo único del título tercero del Reglamento de posgrados en el personal académico, además de lo antes establecido en su artículo 39 nos menciona que los profesores huéspedes o visitantes estarán clasificados en los siguientes niveles:

- Nivel I El profesor titular A tendrá grado académico de doctor, demostrar la producción de trabajo original y director de tesis .
- Nivel II Profesor B con grado de doctor demostrar la producción de trabajo original y dirección de menos de dos tesis de posgrado o dirección de grupos de investigación o dirección de trabajos colegiados o participación en comités académicos o editoriales de revistas.
- Nivel III Titular C grado de doctor, producción de trabajo original y su publicación en revistas, ser miembro del sistema de investigación.

4.2 PERFIL ACADEMICO

Competencias que el docente deberá manejar.

COMPETENCIAS PEDAGOGICO-DIDÁCTICAS

COMPETENCIAS PRÁCTICAS	COMPETENCIAS COGNITIVAS	COMPETENCIAS FORMATIVAS
Habilidad y destreza en el manejo de estrategias de aprendizaje, habilidades cognitivas e instrumentación didáctica Habilidades básicas para el Diseño de programas	Conocimientos básicos de las teorías del aprendizaje y del modelo educativo del CUCS.	Respeto a la diversidad cultural. Capacidad para el trabajo colaborativo e Inter y multidisciplinario. Manejo y respeto de los aspectos ético-normativos de la diferentes instituciones que se involucran con el PE. Disposición para la actualización permanente de acuerdo a los cambios académico didácticos que se presenten.

5. ESTRUCTURA CURRICULAR.

5.1 Fundamento teórico metodológico para el diseño curricular y su implantación².

Uno de los grandes retos de la educación superior es lograr en los procesos de formación de recursos humanos, una suficiente y adecuada integración entre la teoría y la práctica. Esto plantea, en consecuencia, la necesidad de formar recursos humanos altamente competentes para realizar intervenciones eficaces, integrales y exitosas de las problemáticas que demandan solución en cada campo profesional.

Se plantea una formación profesional acorde con las necesidades sociales, el desarrollo de la ciencia y la tecnología, la problemática y necesidades de los mercados ocupacionales. Se plantea igualmente la necesidad de planes de estudio más flexibles y centrados en las necesidades de aprendizaje del estudiante, que contemplen menos horas presenciales, y que fomenten las competencias profesionales en las especialidades médicas y hagan énfasis en las competencias finales para que, los egresados se desempeñen exitosamente en sus ámbitos profesionales.

El currículum³ constituye un nexo entre la (s) teoría (s) educativa (s) y la práctica pedagógica.

Para el siglo XXI se plantean retos que implican una nueva forma de generar modelos educativos que incluyan los avances científicos y tecnológicos; así, en el informe de la UNESCO⁴ se plantea que la misión de la Educación "deberá de transmitir, masiva y eficazmente, un volumen cada vez mayor de conocimientos teóricos y técnicos evolutivos, adaptados a la civilización cognitiva, porque son base de las competencias del futuro".

Para cumplir el conjunto de las misiones que le son propias, la educación debe estructurarse en torno a cuatro aprendizajes fundamentales que en el transcurso de la vida serán para cada persona, en cierto sentido, los pilares del conocimiento:

- **Aprender a conocer**, es decir, adquirir los instrumentos de la comprensión. Aprender para conocer supone, en primer término, aprender a aprender, ejerciendo la atención, la memoria y el pensamiento.
- **Aprender a hacer**, para poder influir sobre el propio entorno. Cada vez se exige más que un profesional tenga un conjunto de competencias específicas donde se conjuguen su acción con la formación profesional, las actitudes y aptitudes para trabajar en equipo, la capacidad para asumir riesgos y tomar decisiones. Todo lo anterior combinado con los conocimientos teóricos.

² Resumen elaborado por Mercedes González Gutiérrez. Responsable del Programa de Desarrollo Curricular del CUCS. 2003.

³ Es el proyecto que preside las actividades educativas escolares, precisa sus intenciones y proporciona guías de acción útiles y adecuadas para los profesores que tienen la responsabilidad directa de su desarrollo y ejecución. A través del currículum se traducen y concretan una serie de principios ideológicos, pedagógicos, psicopedagógicos, etc. Que en su conjunto, muestran la orientación general del educativo de una comunidad. Su finalidad es la de convertirse en un instrumento útil y eficaz para la práctica pedagógica.

El **currículum** debe ser considerado como aspecto fundamental en la definición y funcionamiento de la estructura académica-administrativa de las instituciones y derivarse del modelo educativo adoptado por la institución. Es decir, debe traducir su misión, sus fines y la concepción de las relaciones con la sociedad, el conocimiento, la enseñanza y el aprendizaje. Sánchez Soler, Dolores. "**Modelos Académicos**". ANUIES, México, 1995. Pp. 6.

⁴ UNESCO. "Los cuatro pilares de la educación". En: Delors, J. "**La educación encierra un tesoro**". Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación Para el Siglo XXI. Editorial Santillana/UNESCO, Madrid, 1996.

- **Aprender a vivir juntos**, para participar y cooperar con los demás en todas las actividades humanas.
- **Aprender a ser**, un proceso fundamental que recoge elementos de los tres anteriores.

Con estos principios básicos que deben ser el eje de la formación educativa, es que se propone un Currículum Integrado en donde el egresado de ciencias de la salud sea capaz de responder de manera satisfactoria a las demandas que la sociedad requiere.

El diseño curricular tradicional se estructura fundamentalmente con base en el desarrollo de la disciplina o disciplinas que confluyen en un campo profesional determinado, [en el caso que nos ocupa será el de cada especialidad médica] así como en la lógica en la que se sustenta el proceso de enseñanza. Una forma alterna de estructurar la currícula es atendiendo a los requerimientos de los mercados ocupacionales, pero no sólo eso, sino también recuperando los avances científicos y tecnológicos, las demandas y problemáticas sociales de la región y las características de la profesión en cuestión.

Un enfoque complementario a ésta última alternativa para estructurar un currículum formativo es el enfoque basado en la formación con base en competencias profesionales. La principal característica de la capacitación por competencias es su orientación a la práctica por una parte y la posibilidad de una inserción casi natural y continua en la vida productiva de las personas.

El hecho de que la competencia significa resolver problemas de la realidad y alcanzar resultados, convierte al currículum en una enseñanza integral. Articula en los conocimientos generales, los conocimientos profesionales y las experiencias en el trabajo, áreas que tradicionalmente estaban separadas.⁵ Se convierte en una estrategia enfocada a la resolución de problemas. Las ventajas de un currículum aplicado a la resolución de problemas son los siguientes:

- Toma en cuenta cómo se aprende.
- Se concentra en actividades auténticas cuando se requiere un aprendizaje profundo.
- Concede mayor importancia a enseñar cómo aprender que a la asimilación de conocimientos.
- Es más flexible que otros métodos.
- Trabajar por problemas permite desarrollar la motivación, la creatividad, la iniciativa y la capacidad de toma de decisiones en la práctica de formación y posteriormente en la práctica profesional.
- Exige aprender a discutir y a trabajar en grupo.
- Interacción continua para la mejora de los servicios que se proporcionan.

El enfoque de enseñanza por problemas se combina muy bien con la formación por alternancia, que propone ir y venir entre aula y práctica. Otra característica es la posibilidad de una enseñanza individualizada y el avance por objetos de transformación, lo que permite al individuo acoplar mejor sus atributos y capacidades personales con las necesidades de formación. Por los tanto, las problemáticas señaladas por el contexto, agrupadas como objetos de transformación, contemplarían una construcción sistematizada de la realidad.

Desde este enfoque podríamos decir que las ciencias de la salud abordan las necesidades y requerimientos de la sociedad desde una perspectiva dinámica, por lo que se requiere que se consideren las realidades complejas por áreas de aplicación del conocimiento y su articulación con lo educativo a través del Construcciónismo Social, según el cual la construcción de la realidad objetiva se desarrolla a través de la acción humana en interacción simbólica con su entorno.⁶

⁵ Gonczi, Andrew y Athanassou, James. "Instrumentación de la educación basada en competencias". Perspectivas de la teoría y la práctica en Australia. En: Arguelles, Antonio (Compilador) "Competencia laboral y educación basada en normas de competencia". Ed. LIMUSA, SEP, CNCCL CONALEP, México, 1996.

⁶ Berger, P. y Luckmann, T. Construcción social de la realidad. Amaduro Editores Buenos Aires 1994, p.69.

Bajo este supuesto encontramos que el hombre es activo, y su característica de reflexividad (capacidad de tomar en cuenta los valores, intenciones, motivaciones) se logra a través de la apropiación del conocimiento de manera crítica, al asumir su propio punto de vista y en comparación con el de los demás.

Se busca que el profesional de ciencias de la salud analice e influya en su entorno social e histórico y que sea capaz de construir teorías, métodos y técnicas que incidan en su transformación a través de un proceso de interpretación y relación interdisciplinar.

Por lo que se requiere que el profesional de ciencias de la salud se forme a través de competencias integradas⁷ ⁸ y que participe cada vez más en la ubicación de sus valores y conocimientos profesionales en un entorno social amplio, en lugar de heredar, reproducir y distribuir un legado cultural.

Gonczi en 1994 acuñó el enfoque de *competencia integral u holística*, al que define como una compleja estructura de atributos (conocimientos, actitudes, valores y habilidades) necesarios para el desempeño en situaciones específicas. Este enfoque es holístico e integra y relaciona atributos y tareas; permite que ocurran varias acciones intencionales simultáneas, toma en cuenta el contexto y la cultura del lugar de trabajo donde tiene lugar la acción. Asimismo, incorpora la ética y los valores como elementos del desempeño competente.

Hager y Beckett⁹ consideran que las competencias integradas van más allá de la lista de tareas de lo que se hace en un puesto cuando se agregan dos dimensiones holísticas: los atributos del profesional experto (valor agregado al desempeñarse en el trabajo) y las características del contexto o situación (donde se desempeña el trabajo).

Por tanto, la formación cultural constituye un enfoque esclarecedor del ejercicio profesional óptimo porque se relaciona central y holísticamente con las complejidades y la dinámica de los valores (tanto individuales como sociales) que constituyen juicios epistemológicos y ontológicos para profesionales.

Las competencias integradas en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud se sustentan en el enfoque holístico y constructorista. Este enfoque articula los conocimientos científicos disciplinares con las acciones profesionales. Estas acciones profesionales se articulan con la realidad objetiva, lo que permite estructurar atributos y tareas propias para la inserción de los egresados en el mercado laboral y su entorno social.

Las competencias integradas se desarrollan a través de una compleja estructura de atributos (conocimientos, actitudes, valores y habilidades) necesarios para el desempeño de acciones profesionales, a través de las cuales pone en juego juicios de valor ante determinada situación específica; así mismo, la cultura y el contexto son predominantes para el desarrollo holístico de la práctica profesional.

Construcción del mapa curricular

⁷ Gonczi, Andrew. "Problemas asociados con la implementación de la educación basada en la competencia. de lo atomístico a lo holístico. En "Seminario Internacional sobre Formación basada en la competencia laboral: Situación Actual y Perspectivas". CINTERFOR/OIT. México, 1997

⁸ Hager, Paul y Beckett, David. "Bases filosóficas del concepto integrado de competencia" En Argüelles (compilador) "Competencia Laboral y educación basada en normas de competencia". Ed. LIMUSA SEP, CNCCL. CONALEP, México, 1996

⁹ *ibidem*

El mapa curricular es la forma en que se estructura el plan de estudios del curriculum, propiciando la coherencia horizontal y vertical de las asignaturas en el tiempo y en el espacio. Para estructurar el mapa curricular se deberán realizar los siguientes procedimientos:

1. Ubicar las unidades de aprendizaje (asignaturas) en las áreas de formación teórico-metodológico¹⁰ y en los ejes curriculares¹¹
2. Organizar los ciclos en que se cursarán las unidades de aprendizaje (asignaturas) en cada especialidad médica.
3. Elaborar una síntesis de la estructura del mapa curricular, ubicando asignaturas por áreas, eje curricular, número de horas práctica, teóricas y créditos.

Algunas recomendaciones para elaborar el mapa curricular son las siguientes:

1. Las asignaturas básico-comunes del área teórico-metodológica, así como la parte del eje curricular correspondiente deberán cursarse en todas las carreras en los mismos ciclos y en los mismos espacios.
2. Organizar las unidades de aprendizaje en el mapa curricular, de tal forma que las teórico-metodológicas coincidan en tiempo con las del eje curricular integrador, con el objetivo de no romper con la integración teoría, práctica, reflexión crítica de la práctica.
3. Tratar de disminuir los pre-requisitos para cursar las unidades de aprendizaje básico-particulares y especializantes en donde esto sea posible, con el objetivo de facilitar la administración académica.

Determinar los criterios de implementación curricular

Los coordinadores de cada especialidad y los docentes que participan en el desarrollo del programa deberán definir los criterios para implementar sus propuestas curriculares. Mínimamente deberán determinarse criterios para los siguientes aspectos:

1. Para elaborar los programas académicos de las unidades de aprendizaje (asignaturas).
2. Para seleccionar las áreas donde el alumno realizará sus prácticas de aplicación de competencias profesionales.
3. Implementar el Programa de Tutorías Académicas y Orientación Profesional con base en el proyecto general de tutorías del CUCS y la normatividad existente al respecto.
4. Para titulación.

Definir los criterios de evaluación

Es recomendable para elaborar los criterios de evaluación tomar en cuenta las normas nacionales para acreditar las especialidades médicas de excelencia y las normas

¹⁰ Las unidades de aprendizaje (asignaturas) teórico-metodológicas, son las unidades de aprendizaje donde el alumno adquirirá los conocimientos y valores de acuerdo al desarrollo del campo disciplinar y profesional de la salud y que le permitan al alumno tener fundamentos cognitivos para poder aplicarlos en el eje integrador.

¹¹ Las unidades de aprendizaje (asignaturas) del Eje Integrador son de predominio práctico, los alumnos deberán aplicar en la práctica las competencias profesionales comunes en salud, las particulares y las especializantes de su propia especialidad. Las áreas del campo profesional aplicativas, deben ser los programas de extensión e investigación del CUCS y las áreas de práctica profesional con las que el CUCS establezca convenios interinstitucionales.

de la Universidad de Guadalajara para la evaluación curricular tanto para alumnos como para los profesores.

Los aspectos de la evaluación que deberán quedar definidos en cada currículo, son los siguientes:

- a. Criterios para realizar la evaluación y acreditación de los aprendizajes de los alumnos.
- b. Criterios para realizar la evaluación curricular por órganos colegiados del CUCS como por instancias externas, sean nacionales o internacionales.
- c. Líneas de investigación por especialidad relacionadas con el desarrollo del currículo.
- d. En relación a las recomendaciones de los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES).
- e. Requisitos para poder acceder al Programa Integral para el Fortalecimiento del Posgrado (PIFOP).

ESTRUCTURA DEL PLAN DE ESTUDIO

AREAS DE FORMACIÓN	TOTAL DE HORAS	TOTAL DE HORAS DE TEORÍA Y PRÁCTICA			Créditos	%
		TEORÍA	PRÁCTICA			
			C/Tutor	Sin/Tutor		
Especializante obligatoria (Atención Médica)	5,280	480	4,800		330	92
Básico-particular obligatoria (Educación e Investigación Médica)	480	320	160		30	8
TOTALES	5,760	800	4,960		360	100

Área de Formación: Especializante Obligatoria (Atención Médica)

Atención Médica I

Unidades de Aprendizaje	Clave	Tipo de curso	Total de horas	TOTAL DE HORAS			créditos	Pre Requisitos
				Teóricas	Prácticas			
					C/T	S/T		
Atención anestésica Integral		S	80	80			5	
Ciencias básicas en Anestesiología Pediátrica		S	80	80			5	
Anestesia por Especialidad 1		S	80	80			5	
Trabajo de Atención Médica		P	2,400		2,400		150	
TOTALES			2640	240	2.400		165	

Atención Médica II

Unidades de Aprendizaje	Clave	Tipo de curso	Total de horas	TOTAL DE HORAS			créditos	Pre Requisitos
				Teóricas	Prácticas			
					C/T	S/T		
Clínica del dolor en pediatría		S	64	64			4	Atención
Medicina crítica en pediatría		S	64	64			4	Médica
Anestesia por especialidad II		S	64	64			4	Uno
Situaciones especiales en Anestesia Pediátrica		S		48			3	"
Trabajo de Atención Médica		P	2,400		2,400		150	
TOTALES			2640	240	2.400		165	

Área de Formación: Básico Particular Obligatoria (Investigación Médica)

Investigación I

Unidades de Aprendizaje	Clave	Tipo de curso	Total de horas	TOTAL DE HORAS			créditos	Pre Requisitos
				Teóricas	Prácticas			
					C/T	S/T		
Metodología de la Invest. Med. I		CT	48	32	16		3	Estadist.
Protocolo de Invest. Med. I		CT	96	64	32		6	Epidemiol
TOTALES			144	96	48		9	

Investigación II

Unidades de Aprendizaje	Clave	Tipo de curso	Total de horas	TOTAL DE HORAS			créditos	Pre Requisitos
				Teóricas	Prácticas			
					C/T	S/T		
Deontología de la Investigación Médica II		CT	48	32	16		3	
Comunicación de la Investigación Médica II		CT	96	64	32		6	
TOTALES			144	96	48		9	

Área de Formación: Básico Particular Obligatoria (Educación Médica)

Educación I

Unidades de Aprendizaje	Clave	Tipo de curso	Total de horas	TOTAL DE HORAS			créditos	Pre Requisitos
				Teóricas	Prácticas			
					C/T	S/T		
Teorías y modelos educ.		S	48	32	16		3	
Estrategias de apren. y manejo de grupos		S	48	32	16		3	Teorías y modelos
TOTALES			96	64	32		6	

Educación II

Unidades de Aprendizaje	Clave	Tipo de curso	Total de horas	TOTAL DE HORAS			créditos	Pre Requisitos
				Teóricas	Prácticas			
					C/T	S/T		
Diseño de programas de Educ. para la salud		S	48	32	16		3	Manejo de gpo.
Evaluación de programas de educación para la salud		S	48	32	16		3	Diseño de prog.
TOTALES			96	64	32		6	

Descripción de las Áreas de Formación:

- a. **Especializante obligatoria:** incluye todo el quehacer de la Atención y trabajo Médico, permea toda la formación del especialista cumpliendo la función de eje integrador para un manejo óptimo de los métodos y técnicas de la atención médica especializada con una práctica en el campo de aplicación profesional altamente humanista, que profundiza en el conocimiento multidisciplinario del objeto de estudio de la especialidad con alto sentido de responsabilidad de Medicina Interna en el análisis de criterios éticos y humanistas que norman en el presente y futuro la práctica profesional del especialista.
- b. **Básico Particular Obligatoria:** incluye el quehacer de Investigación y Educación Médica. Se basa en las estrategias para la búsqueda y producción de nuevos conocimientos a través de la aplicación de los criterios del método científico como base para hacer propuestas de proyectos de intervención en forma continua para mejorar la práctica médica del especialista. Además se sientan las bases para interpretar la formación del médico como un fenómeno individual y social, que le

permita al especialista la participación activa en la formación de las nuevas generaciones de recursos en salud con una visión *constructivista* del proceso enseñanza aprendizaje para desarrollar competencias profesionales de excelencia.

6. PROGRAMAS DE ESTUDIO DE LAS UNIDADES DE APRENDIZAJE

Los programas de estudio de las unidades de aprendizaje se elaboran considerando los requerimientos normativos de la Universidad de Guadalajara y de acuerdo al formato oficial. Cada programa de estudio contiene: datos de identificación: Centro Universitario, Departamento; Instituciones Sede y USP; Nombre de unidad de aprendizaje; Clave de la unidad de aprendizaje; Horas teoría, horas práctica, horas independientes y horas totales; valor en créditos; Tipo de curso; Área de formación; autores y fecha de elaboración/actualización. Además, incluirá los siguientes elementos: presentación; unidad de competencia de la asignatura; atributos o saberes (prácticos, teóricos, y formativo); saberes teóricos prácticos (temas y subtemas); tareas o acciones (estrategias de aprendizaje); evaluación del desempeño¹² y ¹³ (evidencias de desempeño, criterios de desempeño profesional y campo de aplicación; criterios de acreditación; bibliografía básica y complementaria (completa y actualizada).

Los programas en extenso, de las unidades de aprendizaje de la especialidad en Anestesiología, se presentan en el Anexo 4. De igual manera, en este anexo se presenta el desglose de los contenidos correspondiente a cada unidad de aprendizaje.

7. 7. METODOLOGÍA EMPLEADA PARA EL DISEÑO CURRICULAR

¹² Elaborar los Instrumentos de evaluación correspondientes a cada unidad de aprendizaje. Por ejemplo: crónicas, ensayos, lista de corroboración de competencias profesionales Integradas, etc.

¹³ Reglamento General de Posgrado: Capítulo III: De la Evaluación y Calificación.

La metodología empleada para el diseño curricular de los Programas Educativos de las Especialidades Médicas del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, la podemos dividir en dos etapas: en la primera se establecieron las bases y estrategia interinstitucional y en la segunda etapa se define la estrategia teórico-metodológica para la construcción de las nuevas propuesta curricular. Se describen en forma ampliada en el anexo 2.

8. CRITERIOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN:

8.1 Estrategias de operación del programa:	
▪ Total de horas crédito a cubrir:	360
▪ Total de horas	5760
▪ Dirigido a	Médicos Anestesiólogos
▪ Duración	2 años
▪ Ingreso	Anualidad calendario "A"
▪ Tutorías académicas	SI
▪ Propedéutico	NO
▪ Requisitos de ingreso	Titulo de Médico Anestesiólogo y ser aceptados por la Institución Sede.
▪ Requisitos para la obtención de grado	Lo establecido por la Universidad de Guadalajara.
▪ Sistema de titulación	Lo establecido por la Universidad de Guadalajara.
▪ Costo matrícula.	Variable de acuerdo a lo estipulado por la Universidad de Guadalajara.
8.2 Propuesta de transición entre planes de estudio.:	No aplica
8.3 Duración del Programa.	2 años
8.4 Mínimo y máximo de alumnos requeridos para abrir una promoción del programa.	Según el número de plazas por Unidad Sede

9. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA EDUCATIVO

La evaluación del Programa Educativo (PE) de la Especialidad estará con apego a los artículos 19 y 64, 65, 66, 67, 68, 69 y 70 del Reglamento General de Posgrado de la Universidad de Guadalajara, el 19 establece once criterios de calidad que garantizan la excelencia del desarrollo del PE; estos criterios son:

- I. Valoración general
- II. Operación del programa de posgrado.
- III. Plan de estudios
- IV. Evaluación
- V. Planta académica
- VI. Número mínimo y máximo de alumnos
- VII. Seguimiento de la trayectoria escolar de los estudiantes y egresados.
- VIII. Productos académicos de la planta docente
- IX. Infraestructura
- X. Vinculación
- XI. Recursos financieros para la operación del programa.

Estos criterios responden a lo establecido en el Manual para la Evaluación de los programas de posgrado del CONACYT (anexo 6) que incluye las tablas con los indicadores para el registro al Padrón Nacional de Posgrado. Los artículos restantes se refieren a la evaluación y calificación de los alumnos.

Estrategia de implementación¹⁴

- A. La coordinación del proceso de evaluación y seguimiento del currículum debe estar a cargo de una instancia técnico-científica, tanto interna como externa, que realice evaluaciones periódicas, utilizando elementos de las Ciencias de la Educación, en lo pedagógico y de la especialidad relacionadas con el campo de las Ciencias de la Salud. En lo posible esta instancia debe estar formada por un equipo multi e interdisciplinar, dadas las distintas variables que permean el diseño curricular. La evaluación del currículum debe utilizar el marco teórico metodológico basado en el modelo de competencias profesionales integradas.
- B. Debe ser un proceso científico, en donde se apliquen la teoría y la metodología curricular en la que se basó la construcción del diseño curricular y no caer en acciones improvisadas.

¹⁴ Rene Crocker Sagastume; Leobardo Cuevas Álvarez; Raúl Vargas López; Claudia Hunot Alexander; Mercedes González Gutiérrez. **Desarrollo Curricular por Competencias Profesionales Integradas: el caso del Centro Universitario de Ciencias de la Salud.** Universidad de Guadalajara. 2005.

C. Debe ser un proceso continuo y permanente, con cortes evaluativos transversales, lo que permitirá la actualización del diseño curricular, de acuerdo a las modificaciones de los factores internos y externos que lo determinan. Este concepto debe basarse en los conceptos del currículo y desarrollo curricular de los que se partió en la reforma universitaria.

D. Se utilizará la metodología de evaluación participativa, en donde el Comité Evaluación así como, las diferentes instancias involucradas en el desarrollo del programa: autoridades académico-administrativas, academias e instancias representativas de los alumnos que participen democráticamente en su evaluación.

E. De acuerdo a los niveles de evaluación, algunos factores que se proponen para evaluar son:

a. Factores externos

- Análisis de los cambios socio-económicos y políticos del estado mexicano y su vinculación con la situación de salud.
- Evolución del saber de la especialidad, en relación a las transformaciones científico-tecnológicas en este campo del conocimiento.
- Evaluación longitudinal de la práctica profesional y el empleo de los egresados y su relación con el mercado de trabajo, a través de cortes transversales periódicos.
- Análisis de las competencias profesionales que son necesarias de acuerdo al mercado de trabajo y a las necesidades de la población.
- Análisis de las políticas del estado mexicano en educación superior y su vinculación con las políticas educativas de la Universidad de Guadalajara y con el Plan Único de las Especialidades Médicas y del CUCS en particular.

b. Factores internos

1. La práctica docente y su relación con las tendencias actuales en la formación de especialistas en los diferentes campos del conocimiento de la medicina. Implica la aplicación de metodologías etnográficas para observar el proceso de enseñanza-aprendizaje utilizado por maestros-alumnos en el espacio áulico, las prácticas de campo y la evaluación del rendimiento escolar.

2. La profesionalización de la docencia. Evaluar la formación docente, disciplinar y de especialidad de los académicos, su incorporación al proceso de investigación educativa y particular de la especialidad, así como a la extensión universitaria.
3. Análisis de la estructura del plan de estudio. Los elementos que se evaluarán son:
 - Las competencias profesionales: Los conocimientos, habilidades, destrezas en relación mercados de trabajo flexibles.
 - El perfil profesional: Aspectos formativos (filosóficos) e informativos (técnico-científicos) del plan de estudios y su pertinencia con los factores externos e internos.
 - Los objetivos curriculares: su coherencia con los factores externos y con los objetivos de los programas académicos de la especialidad.
 - El mapa curricular: Analizar si las unidades de aprendizaje son coherentes con los factores externos, con el perfil profesional y los objetivos curriculares, así como su integración vertical y horizontal.
 - Los programas académicos de las unidades de aprendizaje: Se analizarán y evaluará la coherencia entre la unidad de competencia, contenidos y metodología de acuerdo a la especialidad en relación con los factores externos, con el perfil profesional, los objetivos curriculares y el modelo pedagógico definido.
 - El sistema de evaluación y promoción de alumnos: Analizar el rendimiento escolar así como el grado de eficiencia terminal de la Especialidad.
 - Análisis del sistema de créditos: Debe ser actualizado de acuerdo a las modificaciones en el mapa curricular y los programas académicos.

Acciones de evaluación y seguimiento del curriculum

Las acciones de evaluación se concretarán en diversas investigaciones que en su conjunto a corto, mediano y largo plazo permitan:

- Conocer en que medida se cumplen los objetivos del proyecto, perfil profesional y los objetivos de aprendizaje.
- Considerar el dinámico contexto regional y nacional que permita la permanente vinculación de la institución en general, y el proyecto en particular, con las problemáticas y necesidades sociales que sean de la competencia del ámbito profesional de la especialidad.
- Conocer los avances científico-disciplinarios tanto en el campo de la Nutrición como en relación a otras disciplinas vinculadas directamente con ella.

- Identificar las necesidades de modificación y actualización curricular que permitan a la propuesta, responder a los requerimientos sociales e incorporar los avances del conocimiento.

Estrategias y Apoyos Metodológicos

A continuación se definen ampliamente los criterios de la evidencia de aprendizaje de cada uno de los seminarios, cabe señalar que en cada una de las sedes se cuentan con tutores directos que apoyan los procesos específicos.

Procedimientos de evaluación de la atención médica

En virtud de la diversidad y complejidad de las habilidades cognitivas, procedimientos profesionales y destrezas psicomotrices que deberá mostrar el futuro especialista en el desempeño de su función de atención médica, la evaluación del aprendizaje del alumno deberá realizarse de modo constante y permanente en el quehacer cotidiano de la atención médica y, a su vez. El Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, realizará evaluaciones periódicas del aprovechamiento escolar mediante pruebas elaboradas por el Comité Académico y el cuerpo de profesores de la especialidad correspondiente (exámenes departamentales). La evaluación del aprendizaje se llevara a cabo presentando las evidencias que consisten en: examen escrito, presentación de tema, presentación de casos clínicos, evolución de los casos quirúrgicos control de lecturas y análisis del material bibliohemerográfico. Con los siguientes criterios de desempeño: Examen de 50 preguntas por unidad de opción múltiple, dominio del tema, apoyos didácticos utilizados, comunicación con el grupo. Documento de 10 cuartillas que considere una revisión bibliográfica de los últimos 5 años. 10 preguntas con respuesta de el tema presentado. Coherencia de las distintas fases de la presentación del caso clínico, evolución satisfactoria del paciente en relación al procedimiento quirúrgico realizado, secuencia lógica y cuidadosa de los pasos quirúrgicos para cada técnica quirúrgica y analizar su relación con 3 artículos recientes. La calificación se otorgara en base al examen escrito con valor del 40%, presentación de temas 20%, Monografía 20% y

presentación de casos clínicos 20%. Acreditando con un mínimo de 90% de asistencias y Calificación promedio mínimo de 80.

Procedimientos de evaluación de investigación

La evaluación del aprendizaje del alumno debe enfocarse a la estimación de sus logros educativos, en términos de: el dominio del conocimiento acerca de la metodología, estrategias, instrumentos y técnicas de la investigación médica; la capacidad para valorar el mérito de los informes de investigación de su especialidad en términos de la adecuación del plan del estudio realizado, su rigurosa realización y el análisis lógico de los hallazgos; y la habilidad para desarrollar el trabajo escrito de investigación de fin de cursos (tesis). La evaluación del aprendizaje se llevara a cabo presentando las evidencias que consisten en: examen escrito, ensayo y redacción de protocolo, desarrollo de los objetivos del protocolo, análisis de los resultados, conclusiones, aplicación del proyecto realizado, evaluación sistemática por el tutor. Con los siguientes criterios de desempeño: que el protocolo de investigación sea de actualidad, coherente entre todos sus apartados, aplicable, respetuoso de los derechos del paciente, que sea realizado conforme al cronograma programado, con revisión periódica y metodológica del proyecto por el asesor y al finalizar la presentación del trabajo de tesis. Tres exámenes parciales de 20 preguntas cada uno de opción múltiple.

La calificación se otorgara en base a la presentación de la tesis, siempre y cuando tenga las asistencias correspondientes al seminario, haya aprobado el examen escrito y reunido los criterios de desempeño.

Procedimientos de evaluación en educación médica

La evaluación del aprendizaje del alumno debe enfocarse a la estimación de sus logros educativos en términos de: la habilidad demostrada para el empleo de técnicas eficaces en su formación permanente; la capacidad de desempeñar actividades de educación para la salud dirigidas al paciente, su familia y los grupos sociales; así como el empleo de los recursos didácticos idóneos que le permitan participar eficazmente en la enseñanza, supervisión y evaluación de los

profesionales que conforman el equipo de salud. La evaluación del aprendizaje se llevara a cabo presentando las evidencias que consisten en elaborar: Fichas de trabajo, carta descriptiva, recursos didácticos para un tema del programa, historia clínica, registro de liderazgo y roles con exposición de un tema, reporte de los consentimientos informados realizados, reporte por escrito de la implementación de una estrategia de enseñanza; de un tríptico y vídeo, por ultimo la presentación de un plan de rehabilitación. Con los siguientes criterios de desempeño: Identificar los términos importantes, coherentes, ordenados, con datos precisos, deben desarrollar todos los apartados, y ser acorde con la teoría correspondiente, deben ser claros, llamativos y creativos. Reporte trimestral de los principales problemas detectados en relación a la prevención de la salud. Tríptico preciso, con información verídica, atractivo y sencillo. vídeo de 3 a 5 minutos con guión claro, imágenes acordes al guión, y mensaje para la prevención de la salud, considerando la rehabilitación oportuna, acorde al problema de atención y al paciente. Acreditando con un mínimo de 80% de asistencias y Calificación promedio mínimo de 80

10. ORGANIZACIÓN ACADÉMICA ADMINISTRATIVA

Se entregara un anexo común de la Coordinación de Especialidades Médicas.

11. PROGRAMAS DE INVESTIGACIÓN

El programa de la sub especialidad no cuenta con un programa propio de investigación sino que se remite a las líneas de investigación del programa institucional (anexo 7). Las líneas de investigación que se trabajan son: Epidemiología en Anestesiología pediátrica, Dolor agudo y Crónico, Eficacia y Seguridad de diversos medicamentos utilizados en Anestesiología Pediátrica, Aplicación de Técnicas de Anestesia en situaciones especiales en el paciente pediátrico.

12. INFRAESTRUCTURA NECESARIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE CADA PEEM EN LAS USP (Unidades Sede de Programa)

Se entregara un anexo común de la Coordinación de Especialidades Médicas.

13. REQUISITOS DE INGRESO, PROMOCIÓN Y ACREDITACIÓN

1. Requisitos de ingreso

Son requisitos de Ingreso al programa de la sub Especialidad los que determinen las Coordinaciones de Control Escolar de la Universidad de Guadalajara, la Coordinación de Especialidades Médicas y la Unidad de Trámite y Control Escolar del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, además de los siguientes:

- a) Contar con Título de Anestesiólogo expedido por la Universidad de Guadalajara o por Universidad de reconocido prestigio.
- b) Aprobar las Evaluaciones realizadas por las Unidades Receptoras Sede de Médicos Residentes en Formación.

2. Requisitos de permanencia

- a) Aprobar avances semestrales de su trabajo de investigación por las instancias establecidas en cada unidad sede.
- b) Presentar y aprobar examen anual de conocimientos aplicados por el Centro Universitario de Ciencias de la Salud a través de la Junta Académica de la especialidad.
- c) Tener un promedio mínimo de 80 por ciclo [Cap. III en el art. 65 De la Evaluación y Calificación, del Reglamento General de Postgrado de la Universidad de Guadalajara]

3. Requisitos de egreso

- a) Cubrir la totalidad de los Créditos del correspondiente plan de estudios.
- b) Aprobar el Examen general de conocimientos de la SubEspecialidad correspondiente, administrado por la Coordinación de Especialidades Médicas del Centro Universitario de Ciencias de la Salud.

BIBLIOGRAFÍA:

Referencias bibliográficas para el proceso metodológico de construcción curricular

1. Crocker-Segastume R, Cuevas-Álvarez L, Vargas-López R, Hunot-Alexander C, González-Gutiérrez M. Desarrollo curricular por competencias profesionales integradas. La experiencia del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la salud; 2005.
2. González Gutiérrez M., Pérez García IS., Plascencia Hernández A., Quezada Figueroa NA., Luévanos Velásquez A., Bautista López A., Lerma Partida S., Sánchez JA. "Guía Metodológica para el diseño o Actualización Curricular de las Especialidades Médicas" Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. 2005
3. Gonczi, Andrew. "Problemas asociados con la implementación de la educación basada en la competencia: de lo atomístico a lo holístico. En "Seminario Internacional sobre Formación basada en la competencia laboral: Situación Actual y Perspectivas". CINTERFOR/OIT. México, 1997.
4. Gonczi, Andrew y Athanasou, James. "Instrumentación de la educación basada en competencias". Perspectivas de la teoría y la práctica en Australia. en: Argüelles, Antonio (Compilador) "Competencia laboral y educación basada en normas de competencia". Ed. LIMUSA, SEP, CNCCL. CONALEP, México, 1996.
5. Hager, Paul y Beckett, David. "Bases filosóficas del concepto integrado de competencia" en: Argüelles (compilador) "Competencia Laboral y educación basada en normas de competencia". Ed. LIMUSA. SEP, CNCCL. CONALEP, México, 1996.
6. Ley General de Salud. México DF: Editorial SISTA SA de CV; 1994.
7. Plan Único de Especializaciones Médicas nacional y Plan Uniforme de Especialidades Médicas de la Universidad de Guadalajara. Plan de Estudios por Competencias Profesionales del Curso de Especialización en Pediatría elaborado por la Coordinación de Educación Médica del IMSS.
8. Reglamento General de Posgrado de la Universidad de Guadalajara. Agosto de 2004.
9. SEP/CONACYT: Programa Integral de Fortalecimiento del Posgrado. Lineamientos para su formulación y presentación.
10. UNESCO. "Los cuatro pilares de la educación". En: Delors, J. "La educación encierra un tesoro". Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación Para el Siglo XXI. Editorial Santillana/UNESCO, Madrid, 1996.

Referencias Bibliográficas de la Disciplina y de la SubEspecialidad:

1. Anestesia for Infants y Children. Smith's págs. 3- 10
2. Anestesia Volumen I . Ronald D. Miller. 2nda. Edición. Ediciones Dogma págs. 3-20.
3. Anestesiología Pediátrica Publicación oficial de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación SCARE. Jaime Jaramillo Mejía págs 4 –10
4. Anesthetic Management of difficult an Routine Pediatric Patients. Frederic A. Berry, M.D. Churchill Livingstone. Págs. 1-11
5. Pediatric Anesthesia. A. Gregory. Third Edition. Churchill Livisngston, págs 261-278, 281-317.
6. The history of paediatric anesthesia. Armando Fortuna. Bailliere's Clinical Anaesthesiology. Vol.14 ,No. 4 pp, 2000. 1-14.



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

VICERRECTORIA EJECUTIVA/

SECCIÓN: Unidad de Posgrado
EXPEDIENTE: Comisión de Educación
NÚMERO: CGA/CIP/UP/035/2011

Lic. José Alfredo Peña Ramos
Secretario General

At'n. Comisión de Educación del
H. Consejo General Universitario

Presente

Por este medio envío a Usted el proyecto de dictamen correspondiente a la solicitud que presenta el Centro Universitario de Ciencias de la Salud del siguiente programa académico:

- Especialidad en Anestesiología Pediátrica.

Lo anterior para consideración de la Comisión de Educación.

Hago propicia la ocasión para reiterarle la seguridad de mi consideración atenta.

Atentamente
"Piensa y Trabaja"

Guadalajara, Jalisco, 08 de Abril de 2011

3975
 08-04-11
 11:00 AM
 11

[Signature]
Dr. Víctor González Álvarez
 Coordinador de Investigación y Posgrado



COORDINACIÓN GENERAL
 ACADEMICA
 COORDINACIÓN DE
 INVESTIGACIÓN
 Y POSGRADO

c.c.p. Dr. Miguel Ángel Navarro Navarro. Vicerrector Ejecutivo
 c.c.p. Dr. Héctor Raúl Solís Gadea. Coordinador General Académico
 c.c.p. Archivo
 VGA/smd*

[Handwritten mark]



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

H. CONSEJO GENERAL UNIVERSITARIO

Exp. 021
Dictamen Núm. I/2011/***

H. CONSEJO GENERAL UNIVERSITARIO
P R E S E N T E

A estas Comisiones Permanentes de Educación y Hacienda ha sido turnado el dictamen 5810/2008, del 10 de Octubre de 2008, en el que el Consejo del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, propone la modificación de la **Especialidad en Anestesiología Pediátrica**, y:

Resultando:

1. Que en 1992, a iniciativa de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), se acordó, recomendó y adoptó el Plan Único de Especialidades Médicas (PUEM), concertado principalmente entre la UNAM, SSA, ISSTE y la Academia Nacional de Medicina, logrando así uniformidad y regularidad en cuanto a los objetivos, planes y programas y en el establecimiento de las competencias profesionales del egresado.
2. Que el carácter innovador que sustenta el Plan Uniforme estriba, particularmente en su estructura y organización académica común a todas las especialidades, en torno a tres funciones sustantivas en el quehacer médico, las cuales son la atención médica, la investigación y la educación. Así como en la conducción de un enfoque metodológico para la enseñanza en la medicina especializada centrado en la solución de problemas de atención médica en la prevención, diagnóstico, tratamiento o de rehabilitación.
3. Que a partir de 1995, la Universidad de Guadalajara a través del Consejo General Universitario, máximo órgano de gobierno de nuestra casa de estudios y el Centro Universitario de Ciencias de la Salud conscientes del papel que desempeñan como formadores de recursos humanos en salud y ante los cambios estructurales de los programas así como las modificaciones en denominación y duración de las especialidades médicas reconocidas por las Universidades Nacionales y por las principales Instituciones de Salud y el Sistema Nacional de Residencias Médicas de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), ha creado el Programa Uniforme de Especialidades Médicas.
4. Que mediante dictamen número I/2002/300, de fecha 13 de Junio de 2002 el Consejo General Universitario aprobó la creación de la Especialidad en Anestesiología Pediátrica.
5. Que con fe de erratas número I/2003/944 de fecha 28 de agosto de 2003, el Secretario General de la Universidad de Guadalajara aprobó, en virtud a lo convenido con la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos

Página 1 de 13



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

H. CONSEJO GENERAL UNIVERSITARIO

Exp. 021

Dictamen Núm. 1/2011/***

Humanos en Salud y las Instituciones de Salud Sedes de los Programas, además lo que marca el Plan Uniforme de Especialidades Médicas y de acuerdo con el calendario escolar de la Universidad de Guadalajara, que las Especialidades Médicas deberán iniciar en el calendario escolar "A".

6. Que en México actualmente existen sólo dos lugares que imparten y avalan la Especialidad en Anestesiología Pediátrica la Universidad de Guadalajara con sede en Hospital Civil de Guadalajara y la Universidad Nacional Autónoma de México con sedes en el Hospital Infantil de México, el Instituto Nacional de Pediatría, son las plazas captadas por la Secretaría de Salud. En el IMSS el Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI, el General Centro Médico la Raza, existen adiestramientos pero sin reconocimiento por parte de la Universidad con duración de 10 meses. Existe sólo un programa académico a nivel nacional es el que se imparte en ambas universidades no se encuentra actualizado en Programa por competencias profesionales y actualmente tiene una duración de dos años.
7. Que a partir de 1940, en que inicia la era de la anestesia moderna, ésta es reconocida como una especialidad médica y científica. La especialidad ha tenido un crecimiento explosivo, producto del desarrollo en la tecnología, técnicas anestésicas e introducción de fármacos.
8. Que el crecimiento explosivo de la Anestesiología ha permitido el desarrollo de especialidades como la Neonatología así como la realización de procedimientos quirúrgicos de alta especialidad. El desarrollo de la Anestesiología se ha visto favorecido por la necesidad de donación y trasplante de órganos, los programas de Cirugía Ambulatoria, Cirugía de corazón y grandes vasos; la incorporación de técnicas entre las que destacan la Cirugía Laparoscópica, Microcirugía y Cirugía con Láser; la introducción de tecnologías como Resonancia Magnética, Tomografía por emisión de positrones, litotripsia, radiología intervencionista y técnicas de embolización y angioplastia subcutánea y finalmente los progresos en Ingeniería Biomédica para quirófanos, UCI y Clínicas del Dolor y en la incorporación de fármacos.
9. Que la Anestesiología Pediátrica es una rama de la Anestesiología que se ocupa de la atención integral de pacientes pediátricos que requieren:
 - a. Evaluación, consulta y preparación para anestesia.
 - b. Brindar manejo y proveer insensibilidad al dolor durante procedimientos anestésicos diagnósticos, terapéuticos, quirúrgicos y obstétricos.
 - c. Monitoreo y restauración de la homeostasis durante el período perioperatorio, o de los pacientes pediátricos en estado crítico, lesionados o seriamente enfermos.

Página 2 de 13



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

H. CONSEJO GENERAL UNIVERSITARIO

Exp. 021

Dictamen Núm. I/2011/****

- d. Diagnóstico y tratamiento de síndromes dolorosos agudos y crónicos.
 - e. Evaluación de la función respiratoria y aplicación de la terapia respiratoria en todas sus variantes.
 - f. El manejo clínico y enseñanza de la resucitación cardiaca y pulmonar.
 - g. La supervisión, enseñanza y evaluación de las funciones del personal médico y paramédico involucrado en anestesia, cuidados críticos y respiratorios
 - h. Funciones administrativas en hospitales y escuelas de medicina.
10. Que así, el Anestesiólogo Pediatra es un Profesional que no solo actúa como el médico internista o intensivista del quirófano y de la UCI, sino que interviene en otras áreas como en Medicina Peroperatoria, Clínicas de Dolor, centros de Radiología e Imagenología, Hemodinamia y en funciones de Enseñanza y Administrativas. Por otro lado el desarrollo de subespecialidades en anestesia obstétrica, neuroanestesia, cardioanestesia y en Cirugía de Trasplantes, han requerido de una preparación de más alto nivel por parte de estos profesionales. Que actualmente, con los adelantos previamente mencionados, se puede considerar que aunque segura, nuestra especialidad aún no ha logrado plenamente su madurez. Son objetivos a lograr su reconocimiento social, cultural, científico y económico, basado en una preparación profesional de alto nivel y un mayor involucramiento con la sociedad.
11. Que con tan variadas expectativas y áreas de influencia, sumadas a la tendencia actual a las subespecialidades y a la creciente demanda de nuestros servicios por parte de todas las especialidades quirúrgicas, es justificable que se continúe la preparación de recursos de alto nivel, a partir de un esfuerzo conjunto entre la Universidad de Guadalajara, el Centro Universitario de Ciencias de la Salud y las instituciones donde se imparta, para continuar con la incorporación del Programa por Competencias Profesionales Integradas en las Residencias Médicas.
12. Que la incorporación a la práctica clínica cotidiana de ciencias básicas como la bioquímica, la físico-química, la farmacología, la inmunológica, la genética, la cibernética, y la computación, entre otras representa el abandono de los programas de estudios arcaicos y obsoletos-frecuentemente copiados de otras realidades –que no respondían a las necesidades y planteamientos auténticos de la medicina de nuestro país. Así pues se diseñó un programa que tiene como propósitos centrales.
- a. Un programa por competencias profesionales integradas, de acuerdo con los propósitos del Plan Nacional de Salud.



- b. Integrar un programa educativo que optimice los recursos técnicos, humanos y de infraestructura existentes en las diferentes instituciones de salud en el país.
- c. Preparar médicos anesthesiólogos integrales que al terminar su especialidad, puedan laborar en cualquier institución de salud de segundo o tercer nivel, y con esto abatir los índices de morbimortalidad.
- d. Favorecer un desarrollo del profesional de la medicina que responda a las necesidades asistenciales, educativas (docentes) y de investigación de su área respectiva.
- e. Preparar especialistas que con eficiencia y eficacia coadyuven integralmente en la atención al paciente, gracias a un enfoque multidisciplinario y al equipo de salud adecuado.

13. Que el **perfil de ingreso** a la Especialidad en Anestesiología Pediátrica, comprende:

- a. Conocer e identificar al individuo desde una perspectiva compleja bio psico social, con juicio crítico y respeto a la diversidad ideológica.
- b. Resolver problemas que se presentan en la práctica profesional aplicando los principios y métodos científicos para interpretar la realidad, con juicio crítico, ética profesional y creatividad.
- c. Comunicar eficaz, eficiente y adecuadamente de manera oral, escrita y gráfica, a través de los diferentes medios de comunicación respetando la diversidad de ideas, con honestidad y ética profesional.
- d. Ejercer su práctica profesional de acuerdo a la normatividad estatal, nacional e internacional, con una actitud ética, crítica y propositiva.
- e. Analizar e insertarse en los segmentos del mercado de trabajo con actitud autocrítica, creativa y ética profesional con liderazgo en su campo profesional.
- f. Resolver problemas profesionales de forma multi, inter y transdisciplinarios para una convivencia de respeto y ética profesional.
- g. Identificar, diseñar e implementar los diferentes programas de prevención de la salud en equipo multi, inter y transdisciplinario para fomentar una cultura de salud.
- h. Aplicar los conocimientos sobre el proceso administrativo con eficiencia y eficacia de acuerdo a las prioridades del ámbito de la salud, con una actitud prospectiva y propositiva.
- i. Es un universitario comprometido con los principios ideológicos emanados de las políticas contenidas en la Ley orgánica de la Universidad de Guadalajara.
- j. Es un profesional que aplica sus conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas para proporcionar atención de anestesiología general, de alta calidad, a través de la promoción de la salud, protección específica,



acciones oportunas de diagnóstico, de tratamiento, limitación del daño y rehabilitación.

- k. Que utiliza su juicio crítico para la atención o referencia de sus pacientes a otros niveles de atención o profesionales de la salud.
- l. Que actúa respetando las normas éticas para darle un sentido humano a su práctica profesional, dentro de los patrones culturales y económicos de la comunidad donde otorgue sus servicios.
- m. Que está dispuesto a trabajar en equipo ejerciendo el liderazgo que le corresponda y de acuerdo al rol que le sea asignado, participa con responsabilidad en la toma de decisiones y aplica su juicio crítico en los diferentes modelos de práctica médica.
- n. Que aplica los avances científicos y tecnológicos incorporándolos a su práctica con sentido crítico, colocando los intereses de los pacientes por encima de cualquier otra consideración.
- o. Que aplica la metodología con enfoque clínico epidemiológico en el ámbito de la investigación científica, buscando siempre nuevos conocimientos para el desarrollo profesional propio y de sus compañeros de profesión, así como, de aquellos en proceso de formación, contribuyendo a la formación, contribuyendo a la difusión y extensión de la cultura médica entre la población.
- p. Que administra los recursos destinados para la atención de la salud.
- q. Que actúa dentro de la normatividad que regula su práctica profesional.

14. Que el **perfil del egresado** de la Especialidad Médica en Anestesiología Pediátrica es un profesionalista experto de vanguardia a corto mediano y largo plazo, poseedor de capacidades para resolver los problemas propios de la especialidad y participa en los procesos de gestión y educación en su ámbito profesional. El Perfil de Egreso está conformado por competencias profesionales integradas en dos áreas:

➤ **Competencias Profesionales Integradas para resolver los problemas propios de la anestesiología en el pre, trans y posoperatorio, de acuerdo al estado del arte de la medicina:**

- a. Comprende los procesos de investigación y su impacto en la atención integral del paciente quirúrgico, innovando permanentemente los procedimientos (protocolos) de atención en busca de la excelencia.
- b. Posee capacidades y habilidades humanísticas en el manejo de la incertidumbre, en la relación con los familiares y profesionistas que participan en el equipo quirúrgico.
- c. Conoce y comprende profundamente las diferentes formas de comunicación y según el escenario emplea con eficiencia la



correspondiente tanto con los familiares como con los miembros del equipo de salud.

- d. Participa activamente en el trabajo colaborativo con amplio conocimiento de la estructura del Sector Salud y sus características operativas para metas institucionales como factor conductor de alto desempeño para mejorar la salud de pacientes y comunidades interrelacionando las funciones de asistencia, docencia, investigación y administrativa en equipos multiprofesionales.
- e. Desarrolla habilidades y destrezas para el manejo de la informática que le facilite el acceso a la nueva información que enriquezca su práctica profesional en forma permanente.
- f. Desarrolla capacidades y habilidades de liderazgo que favorezcan el trabajo interdisciplinario y la transculturización médica internacional.
- g. Actúa como consultante de otros especialistas o médicos generales y, previa valoración adecuada y completa del paciente a su cargo, solicitar oportunamente la colaboración de otros especialistas si esto fuera necesario.

➤ **Competencias Profesionales Integradas para participar en los procesos de gestión y educación:**

- a. Comprende y aplica los saberes teórico-prácticos de la administración de las Instituciones de Salud, respetando los principios ético-normativos que impactan en el ejercicio profesional donde participa en el diseño organizacional para incrementar la calidad y eficiencia de los servicios que presta
 - b. Diseña, realiza o colabora en programas educativos dirigidos a su propio desarrollo profesional, participa en la formación de nuevas generaciones en salud e interactúa con el equipo de salud del que forma parte y a los pacientes a su cargo y sus familiares en los programas de educación para la salud.
 - c. Estas competencias profesionales integradas le facilitarán al especialista la movilidad profesional dentro y fuera de México en la búsqueda permanente de la perfección de su ejercicio profesional.
15. Que la Especialidad en Anestesiología Pediátrica es un programa profesionalizante de modalidad escolarizada.
16. Los programas de posgrado son de la Universidad de Guadalajara y los Centros Universitarios podrán solicitar a la Comisión de Educación del H. Consejo General Universitario ser sede, y se autorizará la apertura siempre y cuando cumplan con los requisitos y criterios del Reglamento General de Posgrado.

En virtud de los resultados antes expuestos y



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

H. CONSEJO GENERAL UNIVERSITARIO

Exp. 021
Dictamen Núm. I/2011/***

Considerando:

1. Que la Universidad de Guadalajara es un organismo público descentralizado del Gobierno del Estado con autonomía, personalidad jurídica y patrimonio propio, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1 de su Ley Orgánica, promulgada por el Ejecutivo local el día 15 de enero de 1994, en ejecución del Decreto No. 15319 del H. Congreso del Estado de Jalisco.
2. Que como lo señalan las fracciones I, II y IV del artículo 5 de la Ley Orgánica de la Universidad, en vigor, son fines de esta Casa de Estudios la formación y actualización de los técnicos, bachilleres, técnicos profesionales, profesionistas, graduados y demás recursos humanos que requiere el desarrollo socioeconómico del Estado; organizar, realizar, fomentar y difundir la investigación científica, tecnológica y humanística; y coadyuvar con las autoridades educativas competentes en la orientación y promoción de la educación superior, así como en el desarrollo de la ciencia y la tecnología.
3. Que es atribución de la Universidad realizar programas de docencia, investigación y difusión de la cultura, de acuerdo con los principios y orientaciones previstos en el artículo 3 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como la de establecer las aportaciones de cooperación y recuperación por los servicios que presta, tal y como se estipula en las fracciones III y XII del artículo 6 de la Ley Orgánica de la Universidad de Guadalajara.
4. Que de acuerdo con el artículo 22 de su Ley Orgánica, la Universidad de Guadalajara adoptará el modelo de Red para organizar sus actividades académicas y administrativas.
5. Que es atribución del Consejo General Universitario, conforme lo establece el artículo 31, fracción VI, de la Ley Orgánica y el artículo 39, fracción I, del Estatuto General, crear, suprimir o modificar carreras y programas de posgrado y promover iniciativas y estrategias para poner en marcha nuevas carreras y posgrados.
6. Que conforme lo previsto en el artículo 27 de la Ley Orgánica, el H. Consejo General Universitario funcionará en pleno o por comisiones.
7. Que es atribución de la Comisión de Educación conocer y dictaminar acerca de las propuestas de los Consejeros, el Rector General o de los Titulares de los Centros, Divisiones y Escuelas, así como proponer las medidas necesarias para el mejoramiento de los sistemas educativos, los criterios de

Página 7 de 13



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

H. CONSEJO GENERAL UNIVERSITARIO

Exp. 021

Dictamen Núm. I/2011/***

innovaciones pedagógicas, la administración académica y las reformas de las que estén en vigor, conforme lo establece el artículo 85, fracciones I y IV, del Estatuto General.

8. Que la Comisión de Educación, tomando en cuenta las opiniones recibidas, estudiará los planes y programas presentados y emitirá el dictamen correspondiente, que deberá estar fundado y motivado, el cual se pondrá a consideración del H. Consejo General Universitario, según lo establece el artículo 17 del Reglamento General de Planes de Estudio de esta Universidad.
9. Que de conformidad con artículo 86, fracciones II y IV, del Estatuto General, es atribución de la Comisión de Hacienda calificar el funcionamiento financiero, fiscalizar el manejo, la contabilidad y el movimiento de recursos de todas las dependencias de la Universidad, así como proponer al Consejo General Universitario el proyecto de aranceles y contribuciones de la Universidad de Guadalajara.
10. Que tal y como lo prevén los artículos 8, fracción I, y 9, fracción I, del Estatuto Orgánico del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, es atribución de la Comisión de Educación de este Centro Universitario dictaminar sobre la pertinencia y viabilidad de las propuestas para la creación, modificación o supresión de carreras y programas de posgrado a fin de remitirlas, en su caso, al H. Consejo General Universitario.
11. Que los criterios y lineamientos para el desarrollo de posgrados, así como su organización y funcionamiento, además de la presentación, aprobación y modificación de sus planes de estudio, son regulados por el Reglamento General de Posgrado de la Universidad de Guadalajara y en especial por los artículos 1, 3, 7, 10 y del 18 al 28 de dicho ordenamiento.

Por lo antes expuesto y fundado, estas Comisiones Permanentes Conjuntas de Educación y de Hacienda del H. Consejo General Universitario, tienen a bien proponer los siguientes

Resolutivos:

PRIMERO. Se propone aprobar la modificación del programa académico de la Especialidad en Anestesiología Pediátrica de la Red Universitaria, con sede en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud y para ser impartido en el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde" y en las sedes hospitalarias que cumplan con los requisitos y adopten este programa educativo, a partir del ciclo escolar 2011-A.



SEGUNDO. El programa académico de la Especialidad en Anestesiología Pediátrica, es un programa profesionalizante de modalidad escolarizada y comprende las siguientes Áreas de Formación y unidades de aprendizaje:

PLAN DE ESTUDIOS

ÁREAS DE FORMACIÓN	CRÉDITOS	PORCENTAJE
Área de Formación Básico Particular Obligatoria	30	8
Área de Formación Especializante Obligatoria	330	92
Número total de créditos para optar al diploma de especialidad	360	100

ÁREA DE FORMACIÓN BÁSICO PARTICULAR OBLIGATORIA

INVESTIGACIÓN MÉDICA I

UNIDAD DE APRENDIZAJE	TIPO	HORAS BCA*		HORAS AMI**	HORAS TOTALES	CRÉDITOS
		Teóricas	Prácticas C/ tutor	Prácticas S/ tutor		
Metodología de la Investigación Médica	CT	32	16	-	48	3
Protocolo de Investigación Médica	CT	64	32	-	96	6
TOTAL		96	48	-	144	9

INVESTIGACIÓN MÉDICA II

UNIDAD DE APRENDIZAJE	TIPO	HORAS BCA*		HORAS AMI**	HORAS TOTALES	CRÉDITOS
		Teóricas	Prácticas C/ tutor	Prácticas S/ tutor		
Deontología de la Investigación Médica	CT	32	16	-	48	3
Comunicación de la Investigación Médica	CT	64	32	-	96	6
TOTAL		96	48	-	144	9

EDUCACIÓN MÉDICA I

UNIDAD DE APRENDIZAJE	TIPO	HORAS BCA*		HORAS AMI**	HORAS TOTALES	CRÉDITOS
		Teóricas	Prácticas C/ tutor	Prácticas S/ tutor		



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

H. CONSEJO GENERAL UNIVERSITARIO

Exp. 021
Dictamen Núm. I/2011/**

Teorías y modelos educativos	S	32	16	-	48	3
Estrategias de aprendizaje y manejo de grupos	S	32	16	-	48	3
TOTAL		64	32	-	96	6

EDUCACIÓN MÉDICA II

UNIDAD DE APRENDIZAJE	TIPO	HORAS BCA*		HORAS AMI**	HORAS TOTALES	CRÉDITOS
		Teóricas	Prácticas C/ tutor	Prácticas S/ tutor		
Diseños de programas de educación para la salud	S	32	16		48	3
Ejecución y evaluación de programas de educación para la salud	S	32	16		48	3
TOTAL		64	32		96	6

ÁREA DE FORMACIÓN ESPECIALIZANTE OBLIGATORIA

Atención Médica I

UNIDAD DE APRENDIZAJE	TIPO	HORAS BCA*		HORAS AMI**	HORAS TOTALES	CRÉDITOS
		Teóricas	Prácticas C/ tutor	Prácticas S/ tutor		
Atención anestésica Integral	S	80	-	-	80	5
Ciencias básicas en Anestesiología Pediátrica	S	80	-	-	80	5
Anestesia por Especialidad I	S	80	-	-	80	5
Trabajo de Atención Médica I	P	-	2400	-	2400	150
TOTAL		240	2400	-	2640	165

Atención Médica II

UNIDAD DE APRENDIZAJE	TIPO	HORAS BCA*		HORAS AMI**	HORAS TOTALES	CRÉDITOS
		Teóricas	Prácticas C/ tutor	Prácticas S/ tutor		
Clínica del dolor en pediatría	S	64	-	-	64	4



Medicina crítica en pediatría	S	64	-	-	64	4
Anestesia por Especialidad II	S	64	-	-	64	4
Situaciones especiales en Anestesia Pediátrica	S	48	-	-	48	3
Trabajo de Atención Médica II	P		2400	-	2400	150
TOTAL		240	2400	-	2640	165

*BCA = horas bajo la conducción de un académico.

**AMI = horas de actividades de manera independiente.

L: Laboratorio
N: Clínica
CL: Curso laboratorio
CT: Curso Taller
S: Seminario
M: Módulo
T: Taller
P: Prácticas

TERCERO. Se autoriza la emisión de dictamen de admisión retroactivo para el ciclo escolar 2011-A.

CUARTO. Los requisitos de ingreso a la Especialidad de Anestesiología Pediátrica, además de los previstos por la normatividad universitaria, serán los siguientes:

- Contar con diploma de Anestesiólogo expedido por la Universidad de Guadalajara o por Universidad de reconocido prestigio.
- Aprobar las Evaluaciones realizadas por las Unidades Receptoras Sede de Médicos Residentes en Formación.
- Tiempo exclusivo para realizar los estudios de la especialidad.
- Demostrar interés en la investigación y la docencia

QUINTO. Los requisitos de permanencia, además de los establecidos por la normatividad universitaria y las Unidades Receptoras sede de Médicos Residentes en Formación, son los siguientes:



- a. Aprobar los avances de su trabajo de investigación de acuerdo a los criterios particulares de las instancias establecidas en cada unidad sede.
- b. Presentar y aprobar examen anual de conocimientos aplicados por el Centro Universitario de Ciencias de la Salud a través de la Junta Académica de la Especialidad.

SEXTO. Los requisitos de egreso, además de los establecidos por la normatividad universitaria y las Unidades Receptoras sede de Médicos Residentes en Formación, son los siguientes:

- a) Cubrir la totalidad de los créditos del correspondiente plan de estudios.
- b) Aprobar el examen general de conocimientos de la Especialidad correspondiente, administrado por la Coordinación de Especialidades Médicas del Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- c) Aprobar el examen del Consejo Mexicano de Anestesiología.
- d) Aprobar examen final del ciclo de dos años.

SÉPTIMO. Son criterios que ocasionan baja automática de la Especialidad de Anestesiología Pediátrica, además de los establecidos en la normatividad universitaria y de las Unidades Receptoras de Médicos Residentes en Formación, los siguientes:

- a) No cubrir la totalidad de los créditos establecidos en el programa.
- b) No dedicarse de tiempo exclusivo a las tareas de la Especialidad, corroborado por la junta académica de profesores.
- c) Mostrar conducta inadecuada en el trato a los pacientes, compañeros y profesores.

OCTAVO. El plan de estudios de la Especialidad de Anestesiología Pediátrica, tiene una duración de 2 años

NOVENO. Los certificados, el diploma y la cédula profesional se expedirán como Especialidad de Anestesiología Pediátrica.

DÉCIMO. Para favorecer la movilidad estudiantil y la internacionalización de los planes de estudio, el coordinador de la especialidad en la sede correspondiente, propondrá anualmente el número de alumnos para intercambio y los criterios que deben establecerse en el convenio para su envío y recepción.

DÉCIMO PRIMERO. El costo de la matrícula anual, será de acuerdo al arancel establecido por la Universidad de Guadalajara.



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

H. CONSEJO GENERAL UNIVERSITARIO

Exp. 021
Dictamen Núm. I/2011/****

DÉCIMO SEGUNDO. El costo de operación e implementación de este programa educativo, será cargado al techo presupuestal que tiene autorizado el Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Los recursos generados por concepto de las cuotas de inscripción y recuperación, más los que se gestionen con instancias patrocinadoras externas, serán canalizados a la sede correspondiente de este programa educativo.

DÉCIMO TERCERO. De conformidad a lo dispuesto en el último párrafo del artículo 35 de la Ley Orgánica, solicítase al C. Rector General resuelva provisionalmente la presente propuesta, en tanto la misma es aprobada por el pleno del H. Consejo General Universitario.

Atentamente
"PIENSA Y TRABAJA"

Guadalajara, Jal; 08 de Abril de 2011
Comisiones Permanentes Conjuntas de Educación y de Hacienda

Dr. Marco Antonio Cortés Guardado
Presidente

Mtro. Pablo Arredondo Ramírez

Dra. Ruth Padilla Muñoz

Dr. Héctor Raúl Pérez Gómez

Mtro. I. Tonatiuh Bravo Padilla

Dr. Federico de la Torre de la Torre

Mtro. Roberto López González

C. Orlando Orozco Orozco

C. Marco Antonio Núñez Becerra

Lic. José Alfredo Peña Ramos
Secretario de Actas y Acuerdos

Página 13 de 13