



Perfiles Educativos

ISSN: 0185-2698

perfiles@unam.mx

Instituto de Investigaciones sobre la
Universidad y la Educación
México

Luengas Aguirre, María Isabel; Sáenz, Laura Patricia
Desarrollo humano sustentable, derechos humanos y sexualidad en la salud
Perfiles Educativos, vol. XXXI, núm. 123, 2009, pp. 91-107
Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13211176007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Desarrollo humano sustentable, derechos humanos y sexualidad en la salud

María Isabel Luengas Aguirre* / Laura Patricia Sáenz**

En México el expresidente Vicente Fox propuso la “revolución educativa” a partir del desarrollo humano y social y el presidente actual, Felipe Calderón, plantea el desarrollo humano sustentable. Si bien estas propuestas retoman preocupaciones expresadas por la UNESCO para la educación superior (1997), en las que se plantea la pretensión de educar para la paz y los derechos humanos, estos planteamientos no se han reflejado en los currículos ni en la estructura de las IES para crear contextos de aprendizaje apropiados y coherentes con lo que se pretende. El presente trabajo desglosa los supuestos de los paradigmas del desarrollo humano sustentable y los derechos humanos y agrega la sexualidad, en la medida en que todos estos favorecerían contextos apropiados de aprendizaje y resultarían de utilidad para orientar los currículos en el área de la salud.

—
Educación sanitaria

Desarrollo humano sustentable

Derechos humanos

Sexualidad y educación

Contexto de aprendizaje

In Mexico Ex-President Vicente Fox proposed an “educational revolution” based on human and social development, and the current President, Felipe Calderón, presents us the idea of sustainable human development. But although those proposals are to be linked with the concerns expressed by the UNESCO about higher education (1997), document in which the organization sets out its will to educate to peace and the human rights, those ideas had no impact in the curricula neither in the structure of the higher education institutions in order to create appropriate learning environments that could be consistent with this proposals. This article breaks down the assumptions on which the paradigms of sustainable human development and human rights are built and adds sexuality, since all those would help to draw up appropriate environments for learning and would be extremely useful to guide curriculum design in the area of health education.

—
Sanitary education

Sustainable human development

Human rights

Sexuality and education

Learning environment

*

Doctora en Sociología por la UNAM, cuenta con especialidades en Bioética Clínica (República Dominicana) y en Bioética Fundamental (Perú). Profesora investigadora del Departamento de Atención a la Salud de la UAM-Xochimilco. Ha publicado, entre otros artículos, “Corrientes en la formación de odontólogos en América Latina: los límites de la innovación” en la *Revista de Ciencias Clínicas*, vol. 4, núm. 1, enero-junio, 2003; y el Documento de la Comisión Nacional de Bioética: “Su entender y su quehacer”, Comisión Nacional de Bioética, 2007.

**

Maestra en Medicina Social por la UAM-Xochimilco. Profesora investigadora del Departamento de Atención a la Salud en esta misma universidad. Sus líneas de investigación son: formación de profesionales en salud y cariología y epidemiología de la salud bucal. Publicaciones: M.L. Sáenz, A.I. Luengas, P.L. Sánchez (2004), “Relación odontólogo-paciente en la formación de alumnos de la UAM-Xochimilco”, en *Quehacer científico. Un panorama actual en la UAM-Xochimilco*, tomo I, UAM-Xochimilco, pp. 131-139.

Recepción: 7 de enero de 2008 / Aprobación: 10 de marzo de 2009

INTRODUCCIÓN

Durante la reunión de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) de México, realizada el 28 de mayo de 2006, los rectores participantes hicieron una evaluación sobre los “focos rojos” que presentaba la educación superior en el país (*El Universal*, 2006); entre ellos destacaron que el sistema educativo se ha mostrado insensible a las transformaciones actuales, lo cual ha dificultado la competitividad de los egresados en el mercado laboral.

Esta opinión contrasta con la historia reciente de las universidades públicas, las cuales deben su evolución a los cambios sociales que han permeado sus estructuras y las han orientado hacia una manera distinta de entender su quehacer; ejemplo de ello son las transformaciones propiciadas por movimientos estudiantiles como el del 68, que presionó a las universidades a que ampliaran la matrícula, democratizaran las relaciones al interior de las instituciones e incorporaran contenidos como el materialismo histórico en los programas académicos, por mencionar algunos (Guevara, 1981). No obstante, las universidades parecen refractarias o responden tardíamente a cierto tipo de demandas sociales; esto obedece, en parte, a la propia dinámica de las instituciones de educación superior (IES), donde hacer modificaciones a los planes y programas de estudio requiere de requisitos burocráticos, tiempo, voluntad política, recursos económicos, interés, formación y capacitación de los docentes. Estas situaciones no son fáciles de sortear, sobre todo en el momento actual donde las IES y los académicos se ven sometidos a una mayor vigilancia y control por parte del Estado y se les presiona para que obtengan resultados de acuerdo a las diferentes instancias evaluadoras (Aboites, 2003; Luengas, 2002).

Aunque la educación se considera un elemento estratégico en el proceso global para amalgamar la sociedad y borrar las desigualdades, así como para formar un capital humano capaz de crear necesidades y generar ganancias, se trata de obtener un “capital

humano” rentable para la expansión del capital a corto plazo (Drucker, 1996; OCDE, 1997). De igual manera, se busca combatir la inequidad a través de la educación orientando las políticas públicas en educación y salud para que sean acordes a las propuestas internacionales de “invertir en la gente” y “educación para todos” (Banco Mundial, 1997), pero con calidad para “alcanzar la excelencia académica” (UDUAL, 1991). Sin embargo, todavía existe una brecha entre estas propuestas y lo que sucede en la realidad, porque el acceso a la educación no depende exclusivamente de ir a la escuela, sino de contar con satisfactores básicos y no básicos, es decir, de que para las personas la educación sea un valor y, por tanto, estén dispuestas a invertir recursos monetarios, emocionales, tiempo, energía vital, etc., en educarse. Por otro lado se encuentran la calidad de la educación y su nivel de competitividad, factores que la vuelven socialmente aceptable como medio para obtener un desarrollo individual y social. En México la calidad tiene problemas, como lo demuestran los resultados para la educación básica de la reciente Evaluación Nacional de Logro Académico en Centros Escolares (ENLACE). En relación a la educación superior, aunque en nuestro país ha mejorado la cobertura ésta todavía es deficiente, ya que se encuentra abajo del 28% en la población de 19 a 23 años. De acuerdo con los criterios internacionales, una cobertura universal se tiene cuando el 50% de esa población tiene acceso a la educación superior (PND, 2001-2006).

Es de considerar la inversión que se hace por estudiante en nuestro país. De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en México se gastan unos 16 mil 390 dólares por alumno en la educación media superior, mientras que en Suiza y EU esa es la cantidad que se invierte en un año por estudiante (OCDE, 2002).

Con todos estos elementos en contra, la supuesta equidad a través de mejorar el acceso y la cobertura educativa quedan como buenas intenciones, no como resultado de una política social y educativa.

Durante el sexenio de Vicente Fox el gobierno de México retomó algunas de las inquietudes internacionales, las cuales quedaron plasmadas en el Plan Nacional de Desarrollo (PND 2001-2006) que buscaba el desarrollo humano para impulsar el crecimiento del país. En este Plan se partió de lo individual para alcanzar lo colectivo, lo cual representó un cambio en el enfoque de la política pública. El desarrollo humano se definió en ese documento como “el perfeccionamiento de las capacidades humanas” y “un proceso de cambio sustentado en la educación con equidad” y se puntualizaron las estrategias de reforzar la educación y la salud para alcanzar esta meta. Así, la misión del Estado quedó plasmada en el documento en los siguientes términos: *a)* establecer el desarrollo humano como eje rector de su acción, para diseñar e instrumentar políticas públicas que den lugar al desarrollo económico dinámico, incluyente y en armonía con la naturaleza; *b)* llevar a cabo una revolución educativa que permita un desarrollo tal que lleve al país a una alta calidad de vida para toda la población; *c)* sentar las bases irreversibles de un nuevo comportamiento y cultura política basada en la ética pública (PND 2001-2006).

No obstante estos cambios en los planteamientos en el campo educativo, se continuó con las estrategias desarrolladas durante el gobierno salinista con la “modernización educativa”: la evaluación y la acreditación de los planes y programas de estudio, la auto-evaluación institucional y los programas puntuales para obtener recursos como el Programa de Mejoramiento al Profesorado (PROMEP), la carrera docente para la educación básica y el sistema de estímulos y becas para las IES, entre otros (Loyo, 1997). Lo que se amplió durante el sexenio de Fox fue el programa de becas a los estudiantes a través del Programa Nacional de Becas y Financiamiento para estudiantes de Nivel Superior (PRONABES) que se creó en 2001 con una inversión de 500 millones de pesos (Fox, 2º Informe de Gobierno).

En el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, el actual gobierno de Felipe Calderón plantea como premisa básica la búsqueda

del desarrollo humano sustentable, definido como “el proceso permanente de ampliación de capacidades y libertades que permitan a los mexicanos tener una vida digna, sin comprometer el patrimonio de las generaciones futuras”. Sin embargo, las estrategias plasmadas son exclusivamente económico-políticas y la educación queda relegada a otras prioridades, como aparece en los ejes rectores del programa de gobierno: el estado de derecho, la economía competitiva y generadora de empleos, la igualdad de oportunidades, la democracia efectiva y la política exterior responsable.

Aunque el Plan señala el acceso a la educación como parte de la igualdad de oportunidades, así como a la calidad de la educación a partir de la evaluación, a diferencia del sexenio anterior no se desataca la importancia estratégica de la educación (PND 2007-2012); de hecho el discurso se ha empobrecido en todos sentidos.

NUEVO HUMANISMO, UNA PREOCUPACIÓN INTERNACIONAL

La dinámica global determina un mundo signado por las desigualdades donde la mayoría de los habitantes del planeta, por sus características sociales, económicas, culturales y religiosas, se encuentra fuera de la aldea global. No obstante, algunos autores reconocen que la globalización favorece la creación de actores internacionales con otras preocupaciones que pueden matizar de alguna manera esta globalización descarnada, como son Amnistía Internacional y Greenpeace, entre otros; es decir, que la globalización puede convertirse en una oportunidad para mejorar el desarrollo de la humanidad (Flores Olea, 1999).

En esta coyuntura, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y otras instituciones establecieron las características de la educación superior dentro de un nuevo humanismo basado en el desarrollo humano sustentable, la paz, los derechos humanos y el cuidado del ambiente, fundado en principios de justicia, equidad, igualdad de oportu-

tunidades y libre de violencia. Dentro de esta propuesta se concibe a la educación superior como un proceso para toda la vida, flexible, que facilita al individuo el desarrollo de todas sus potencialidades con creatividad y autonomía para lograr una educación exenta de racismo, intolerancia y adoctrinamiento; fundada en el respeto y la tolerancia, democrática e incluyente, y preocupada por satisfacer las exigencias del mercado, pero no centrada exclusivamente en ello (UNESCO, 1998).

Una propuesta con las características señaladas para la educación superior, de acuerdo al documento referido anteriormente, tiene que darse en tres dimensiones para contender con los retos del mundo actual: ética-cultural, científica-tecnológica y económico-social; no basta capacitarse en un área, sino que se requiere saber tomar decisiones, afianzar la identidad individual y cultural, jerarquizar los valores e identificar los dilemas morales, así como dilucidar críticamente el sustento de los conocimientos científicos para utilizarlos de la mejor manera, con el menor daño posible y con el mayor beneficio (UNESCO, 1998).

En este sentido las IES no han retomado cabalmente un planteamiento con estas características, considerando el desarrollo humano sustentable y los derechos humanos como el marco que define la acción educativa, lo cual es particularmente importante en las profesiones sanitarias (Ezquivel, *et al.*, 2001); por otro lado, las instituciones tampoco brindan un contexto de aprendizaje apropiado para que el estudiante aplique lo que aprende en términos de respeto a los derechos humanos, por ejemplo.

FORMACIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD

La formación profesional en el campo de la salud en México ha tenido diferentes momentos, sobre todo a partir de los años sesenta. Durante prácticamente toda la primera mitad del siglo pasado se basó en el Informe Flexner que proponía un plan de estudios de cuatro años para la licenciatura de medicina basado en asignaturas, dos años de ciencias

básicas y dos de ciencias médicas y el entrenamiento clínico en un hospital universitario (Flexner, 1910). Este modelo persiste todavía en la educación médica de nuestro país y sirvió de base para el desarrollo de la seguridad social que se dio en la década de los cuarenta, la cual impulsó la formación de trabajadores sanitarios especializados para los hospitales. En esa época surge para medicina el internado rotatorio de pregrado con el fin de generar recursos adecuados al nuevo modelo profesional. Esta política respondió a la necesidad de expansión del capital. Sin embargo, el modelo flexneriano tuvo muchas críticas, entre ellas la sobrecarga de información y la desvinculación de la teoría y la práctica, así como el contacto tardío con el enfermo, entre otros. Pero tal vez la crítica más importante fue que un modelo tecnificado, individualista y caro no podía dar respuesta a las necesidades de salud de la población. Así, las agencias internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los gobiernos buscaron un nuevo enfoque para la atención sanitaria; es entonces cuando surge, en 1978, la propuesta de Alma Ata que incluye la estrategia de Atención Primaria como la manera de intervención efectiva de la salud (OMS/UNICEF, 1981). Esta estrategia provocó cambios en la política sanitaria y en la formación profesional; algunos planes de estudio de las IES retomaron el enfoque comunitario y por problemas, como la Facultad de Medicina de la Universidad de Nuevo México, y Macmaster en Canadá. En México, la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco también basó su plan de estudios en problemas, pero con ciertas características que fueran relevantes y trascendentes socialmente (Rivas, 1994).

Actualmente, ante el avance de la investigación, la tecnología y la comunicación surge la medicina basada en evidencias, una medicina fundamentada científicamente para la toma de decisiones médicas. El problema con este enfoque es que lo técnico está inscrito en una situación particular, así como lo moral es también una referencia necesaria al determinar las vías de acción (Goldenberg, 2005).

La información disponible por medios electrónicos también ha abierto la posibilidad de que los pacientes puedan acceder a ella para conocer sus padecimientos y tomar decisiones, lo cual representa también un cambio en la relación médico-paciente.

El diseño curricular actual se basa en la definición de capacidades, competencias y habilidades profesionales. Esta es una de las corrientes que están teniendo gran impacto en la planeación educativa.

No obstante las diferentes propuestas para la educación sanitaria, es el modelo hegemónico de la profesión el que determina la formación de los recursos humanos (Menéndez, 1990); en este sentido, los diferentes modelos educativos que han aparecido no han tenido el impacto que se esperaba en la transformación de la práctica profesional y los cambios se han dado en el contexto social, no de la educación.

Por otro lado, el avance de los derechos humanos, la crítica al modelo paternalista de la medicina y los procesos de democratización social, así como lo ocurrido en la regulación de la investigación biomédica a partir de la Segunda Guerra Mundial, han impactado el espacio sanitario, que es uno de los más sensibles a las transformaciones sociales. Diego Gracia (1987; 1989) caracteriza estas modificaciones de la siguiente manera: *a*) cambio de paradigma en las relaciones sociales determinado por la democratización y el fortalecimiento de una cultura de derecho, ejemplificados en la Carta de los Derechos de los Pacientes (1972) y el Informe Belmont (1978); *b*) cambio en las relaciones de poder a partir de la gestión del cuerpo, la sexualidad, la vida y la muerte; fomento a la autonomía de los enfermos, el cual tiene sus orígenes en el Código de Núremberg (1947) y se expresa en la estrategia del consentimiento informado; *c*) cambio del paternalismo por la corresponsabilidad y colaboración en la relación clínica (relación médico-paciente); *d*) cambio del autoritarismo por una autorregulación colectiva caracterizada por la creciente constitución de comités de ética en las instituciones de salud e investigación donde participan especialistas y ciuda-

danos. Estos elementos son la base sobre las que se tendrían que estructurar los diseños curriculares si se pretende responder a la demandas éticas, y no sólo técnicas, de la sociedad actual (Ezquivel, 2001).

A través del currículo las IES plasman la manera como van a responder los profesionales a las necesidades sociales, desde la visión de la institución que lo cobija. El currículo orienta la experiencia educativa que comprende el saber, el saber hacer y el saber ser; tiene un fuerte contenido ético, pues es ahí donde se explicitan los valores que fundarán la identidad del profesional. Como construcción social, el currículo incorpora elementos del contexto donde se desenvuelve; es, entonces, un campo complejo permeado por el entorno macrosocietal.

Los principios contenidos en el currículo tienen que ser claros para todos los actores involucrados en el proceso educativo y reflejarse en los programas de estudio, tanto en sus contenidos teóricos como en las estrategias pedagógicas, los métodos de enseñanza y la evaluación; así como hacerse visibles en la estructura y quehacer cotidiano de la institución. Tiene que haber un ambiente institucional propicio para que se aplique lo aprendido, un contexto de aprendizaje apropiado donde todos los miembros de la comunidad tengan oportunidad de poner en práctica lo que la institución propone; esto significa que si la universidad tiene entre sus principios el fortalecimiento de una cultura democrática, la estructura misma de ésta, así como la forma como enfrenta su tarea día a día, tiene que ser democrática al igual que las relaciones entre los alumnos, profesores, trabajadores y autoridades.

No se trata de crear un ambiente hostil o punitivo contra los trabajadores, pero sí de tener espacios de conciliación y de ayuda a quienes tienen algún problema, así como para resolver profesionalmente los conflictos éticos. Si la institución actúa en este sentido todos aprenden a defender sus derechos y a desarrollarse con mayor responsabilidad, a buscar que se haga justicia; esa es la esencia de una cultura y educación democráticas. Además, si las IES procuran un ambiente de

trabajo recto, obtienen una mayor credibilidad y confianza, tanto interna como externa, cuestión fundamental en una institución que forma recursos humanos.

Si hay un buen desempeño de la institución, los trabajadores se sienten satisfechos de pertenecer a ella, lo cual desemboca en una mayor adherencia a ésta. Lo contrario crea desencanto, incomodidad, desapego y, por tanto, falta de compromiso.

PROPUESTA

Para elaborar la presente propuesta se seleccionaron los paradigmas elaborados por la UNESCO, como el desarrollo humano sustentable y los derechos humanos, y se incluyó uno más, la sexualidad, ya que es un paradigma que permite integrar lo biológico, lo psicológico, lo cultural y lo social.

El presente trabajo brinda elementos para crear un contexto de aprendizaje apropiado que apuntala cambios en el currículo y modelos de servicio en las relaciones interpersonales entre los distintos actores sociales del proceso educativo y los usuarios (pacientes, administrativos, profesores, autoridades y alumnos). Un planteamiento con estas características impacta directamente las relaciones de poder que sustenta la educación y el modelo de práctica médica tradicional, asimétrico y autoritario, para buscar relaciones de calidad distinta, caracterizadas por la cooperación, la colaboración, la responsabilidad y el respeto (Luengas, 2001).

Los estudiantes del área de la salud se encuentran en la intersección de dos derechos, el de la educación y la salud. Ejercen su derecho a la educación al ser alumnos de una IES, pero durante su formación ofrecen servicios de salud, por tanto materializan en un solo espacio y momento su derecho a la educación y el derecho a la protección de la salud de quienes atienden. Es deseable, entonces, que se conforme en ellos una identidad profesional fincada en el respeto a los derechos humanos, es decir, que las IES ofrezcan las condiciones para que los estudiantes sean conscientes de que son sujetos de derecho y, como tales, responsables de sus

deberes estudiantiles, lo cual comprende su participación política en la regulación y desempeño de la institución donde cursan sus estudios. De igual manera, las IES tendrían que fomentar una actitud de respeto y responsabilidad del estudiante hacia los enfermos que atiende, cuidadosa del medio ambiente, consecuente con las normas éticas, técnicas y legales de la profesión.

Si bien las IES no tienen como propósito ofrecer servicios de salud, sino formar recursos humanos, necesitan desarrollar modelos de atención ya sea hospitalarios, clínicos o comunitarios, o bien, incorporarse a aquellos servicios que por sus características de trabajo fomenten una actitud de respeto a los derechos de los pacientes.

Hay que considerar que la relación entre médicos y pacientes (relación clínica) se da en un momento de vulnerabilidad para el enfermo, por tanto una de las críticas más severas para estas profesiones es la deshumanización en el trato y cuidado de los enfermos. A partir de esta crítica se ha recomendado enfatizar la formación humanística de los alumnos y trabajadores de la salud, sin embargo, plantear un humanismo en abstracto dificulta concretar una propuesta que realmente oriente de manera diferente al estudiante; en este sentido los derechos humanos son un buen punto de partida, aunque insuficiente, para orientar a las profesiones sanitarias, que son las profesiones mayor y mejor reguladas (Sáenz, *et al.*, 2007).

En la práctica médica es fundamental la habilidad para solucionar problemas con creatividad, destreza, criterio clínico, base científica y ética; ésta es la parte sustancial de la profesión y, por tanto, el sustento del aprendizaje. La relación médico-paciente, o relación clínica, es insustituible en la formación de estos recursos; es al lado del enfermo donde se aprende el arte de curar (saber hacer), y es en ese espacio íntimo donde se construye el saber ser: la identidad profesional. Así, parte de los cambios en el quehacer de estas profesiones se tiene que dar justamente en el entorno del encuentro humano.

Autores como Ezekiel Emanuel y colaboradores (1992) proponen que la relación clí-

nica se convierta en una oportunidad para el desarrollo moral, tanto para los médicos como para los pacientes, a partir de una amistad particular (Laín, 1967). El hecho de integrar los valores del enfermo en la elaboración de la historia clínica permitirá no sólo establecer un diagnóstico y proponer opciones terapéuticas, sino presentarlas respetando la perspectiva del enfermo. Los valores del paciente son referentes con los que se cuenta para interpretar la enfermedad o la salud y tienen un papel muy importante en la manera como definirá sus acciones, es decir, lo que está dispuesto a hacer para mejorar su situación, los riesgos a tomar en el tratamiento y, por supuesto, los recursos (tiempo, cuidado, dinero, etc.) que va a invertir para su curación. Por su lado, el profesional también interpreta los datos técnica y moralmente. En ocasiones los valores del médico y del paciente entran en conflicto y el profesional necesita tener la capacidad y los métodos para aclarar los dilemas y establecer vías de solución. Es deseable entonces que los trabajadores sanitarios, además de las habilidades técnicas, cuenten con habilidades de comunicación, negociación y conciliación; pero sobre todo sean capaces de respetar los puntos de vista de los enfermos y puedan ayudarlos a reflexionar y tomar decisiones considerando los referentes morales del paciente (Gracia, 1997; 1998; Schmelkes, 1997).

Si bien el aprendizaje significativo en el área médica es la clínica, se necesita tener clara la intención que se persigue en la formación del estudiante, más allá de su capacitación. Aquí es donde hay que trabajar y ajustar la planeación con la dinámica cotidiana en el aula, en la clínica o en el hospital. Quienes están a cargo de la enseñanza tienen que estar convencidos y de acuerdo con las cualidades a formar en los alumnos y crear las condiciones necesarias para que el aprendizaje se dé en el sentido deseado; esto con el propósito de que los egresados desarrollen su autonomía, y el criterio para decidir lo que es bueno para ellos y para su entorno (Sen, 2000).

No obstante, la planeación y desarrollo de la experiencia de aprendizaje clínico no con-

siste simplemente en modificar actitudes, ya que la educación superior está dirigida a adultos que tienen un bagaje importante sobre el que se construyen nuevas experiencias de aprendizaje; son adultos que están a punto o han concluido su desarrollo moral, para quienes los nuevos conocimientos, habilidades e identidades pueden consolidar o cuestionar concepciones previas y desatar conflictos morales (Kohlberg, 1992).

Aquí hay una especie de construcción/deconstrucción en el proceso educativo que requiere, por parte del alumno, apertura mental, madurez moral, interés por aprender y capacidad de cambio; cualidades que permitan su transformación real, lo cual requiere instrumentos pedagógicos y teorías que sustenten métodos para hacer posible una experiencia educativa con estos atributos. El constructivismo pedagógico puede ser una de ellas, debido a que se nutre de diversas teorías (Piaget, Bruner o Gardner), por tanto tiene una visión conceptual rica del aprendizaje. Es una pedagogía centrada en el alumno, que considera las experiencias de vida, toma en cuenta las diferencias individuales, culturales y lingüísticas, engloba los diferentes aspectos del aprendizaje cognitivo, emocional y psicomotor y se preocupa por una sólida formación en valores (Beltrán, en prensa). Esta teoría pedagógica modifica la enseñanza basada en el contenido de los programas, por otra centrada en la persona.

EL PARADIGMA DEL DESARROLLO HUMANO SUSTENTABLE

El desarrollo humano sustentable (DHS) tiene como propósito el pleno desarrollo de las capacidades del individuo para que se integre mejor a la sociedad y pueda tener mayores oportunidades; para que como ciudadano participe en la construcción de una sociedad donde se respeten los derechos humanos, se cuide el ambiente y se borren las desigualdades extremas y de género; asimismo, para que se prevea un futuro para las generaciones venideras (ONU, 1987; UNESCO, 1998). Si bien el DHS parte desde lo humano, y aquí podría surgir una crítica a la pro-

puesta, lo hace desde una visión comprensiva e incluyente, esto es, considerando la necesidad de utilizar y cuidar los recursos naturales, sobre todo aquellos que no son renovables no sólo para las generaciones presentes, sino para las futuras. Incorpora entre sus intereses el respeto y el cuidado hacia las diferentes formas de vida. Este paradigma se funda en la responsabilidad y el deber de los seres humanos de cuidar la naturaleza, ampliando con ello su horizonte moral.

El paradigma del DHS considera que éste no es un proceso finito, sino que se da de diferente manera a lo largo de la vida y, por tanto, las necesidades y recursos que se requieren cambian con el tiempo.

Presenta dos dimensiones importantes a tomar en cuenta: una relacionada con los cambios que ocurren durante el ciclo de vida de los individuos, considerados cambios multidimensionales y multidireccionales (físicos, psíquicos, emocionales y sociales); otra más acorde con el contexto donde los individuos se desenvuelven; aquí tienen un papel fundamental las relaciones socioeconómicas que favorecen o no el pleno desarrollo y desenvolvimiento de los ciudadanos y, por ello, tiene una vertiente política. Significa, entonces, que tanto el Estado como la sociedad tienen que brindar las condiciones para el pleno desarrollo de sus ciudadanos, lo cual necesariamente tendrá un impacto social. Si bien se busca una sociedad competitiva en el concierto mundial, no se pueden dejar de lado principios de justicia, equidad y solidaridad como sustento del entramado social.

La sustentabilidad se refiere también a la perspectiva a futuro. Para el caso de la educación, es parte esencial de su labor planear y afrontar las necesidades presentes y futuras dentro de un proyecto de desarrollo nacional. Es deseable que el recurso humano participe de manera activa en la construcción de este proyecto o, de lo contrario, sufrirá las consecuencias de la falta de oportunidades. La sustentabilidad de la educación hace énfasis en despertar en los individuos la necesidad de seguir auto desarrollándose, sin requerir inversiones externas; así la tarea

educativa se vuelve auto sustentable y crea las condiciones para su expansión (Coraggio, 1994).

En el terreno sanitario la sustentabilidad significa retomar lo que mejor sostiene de la práctica profesional: lograr el bienestar de los enfermos, prodigando cuidados y ayudándolos a cumplir sus metas vitales, contribuyendo así a su desarrollo humano. Comprender el significado de esta misión va más allá del auxilio técnico.

Para traducir esta amplia perspectiva en acciones concretas y posibles en la labor educativa y en el ejercicio profesional es necesario desglosar dicho paradigma en los supuestos que lo sostienen (ver Cuadro 1) e ir derivando experiencias de aprendizaje que logren transformar al estudiante y al profesor.

La tecnología en el área médica no sólo ha impactado la manera de contender con la enfermedad, sino que ha cambiado las concepciones sobre la vida y la muerte, lo cual ha modificado las referencias morales. Esto tiene que ver con evaluar los criterios éticos, médicos y legales sobre los beneficios de las intervenciones terapéuticas y el significado de bienestar y de calidad de vida de los enfermos, para tomar decisiones más apropiadas en cada caso.

EL PARADIGMA DE LOS DERECHOS HUMANOS

El desarrollo humano sustentable contiene a los derechos humanos (DH), los cuales se refieren exclusivamente a las relaciones entre los seres humanos ya que son prerrogativas que tienen por el simple hecho de serlo. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) los define como los derechos inherentes a nuestra naturaleza, sin los cuales no se puede vivir como seres humanos, es decir, sin el pleno desarrollo y ejercicio de nuestras capacidades en un clima de respeto, libertad y justicia (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948). El valor que los fundamenta es la dignidad humana.

El reconocimiento al respeto a los DH constituye actualmente uno de los mayores logros sociales, si no el más significativo, para

Cuadro 1. Supuestos del paradigma del desarrollo humano sustentable y su efecto en la educación y práctica sanitarias

<i>Supuestos del paradigma</i>	<i>En la educación</i>	<i>En la práctica sanitaria</i>
<i>a) Coloca en el centro al ser humano.</i>	<i>a) Coloca en el centro del proceso educativo al estudiante y promueve su pleno desarrollo como persona y como profesional.</i>	<i>a) Coloca en el centro de la atención médica al usuario, mejorando la calidad en el servicio y ofreciendo un crecimiento profesional y humano para el personal sanitario y enfermos.</i>
<i>b) Considera las distintas necesidades educativas y de salud que se dan a lo largo de la vida para el desarrollo humano pleno.</i>	<i>b) Se preocupa por ofrecer a los estudiantes oportunidades de desarrollo de acuerdo con su etapa, dando las bases para su futuro desarrollo como persona y profesional.</i>	<i>b) Propone modelos de servicio para abordar las necesidades de salud en los diferentes momentos del desarrollo humano: infancia, adolescencia, adultos jóvenes y mayores; priorizando aquellos grupos que se requieran por la evolución demográfica.</i>
<i>c) Propone el equilibrio entre desarrollo social y la conservación del medio ambiente.</i>	<i>c) Fomenta una cultura de protección y cuidado del medio ambiente, respetuosa de las normas técnicas, legales y éticas de la profesión. Desarrolla programas educativos y de vinculación con estos contenidos, las IES son ejemplo de responsabilidad ambiental.</i>	<i>c) Propone normatividades más estrictas para la prestación de servicios médicos, así como el manejo de los desechos peligrosos o contaminantes para cuidar el ambiente. Utiliza responsablemente la energía y protege a los usuarios de riesgos.</i>
<i>d) Tiene una visión prospectiva o de futuro.</i>	<i>d) La educación es una tarea de futuro y a futuro, la planeación educativa se hace considerando las necesidades sociales presentes y por venir para que el egresado resuelva los problemas sociales que enfrentará.</i>	<i>d) Hace énfasis en la prevención y promoción como estrategias para el cuidado de la salud y desarrolla modelos de atención en niños, jóvenes, adultos y ancianos; tendientes a fomentar el autocuidado, los hábitos saludables y la responsabilidad propia sobre la salud.</i>
<i>e) Es inclusivo, ya que toma en cuenta la diversidad biológica, étnica, de género, política, religiosa y cultural.</i>	<i>e) Promueve el conocimiento y la comprensión de diversas expresiones culturales y étnicas como elementos para entender las manifestaciones y significados de la educación y la salud, así como el compromiso del trabajador sanitario con sus pacientes y entorno social.</i>	<i>e) Busca brindar una atención sanitaria igualitaria, no discriminatoria, sin importar las características raciales, de género, religiosas, políticas, culturales o el tipo de enfermedad que presenten los usuarios; e incorpora sus valores y el contexto cultural para orientar las decisiones terapéuticas tanto del trabajador como del enfermo.</i>

<i>Supuestos del paradigma</i>	<i>En la educación</i>	<i>En la práctica sanitaria</i>
f) Propone la tolerancia y la democracia como formas de convivencia social.	f) Promueve la tolerancia, el diálogo y el respeto como formas de convivencia para el desarrollo de las tareas académicas, institucionales e interpersonales.	f) Promueve una relación clínica equilibrada, de respeto a la autonomía y decisión de los enfermos sobre su salud y su vida. Utiliza el consentimiento informado como estrategia para la toma de decisiones.
g) Se preocupa por la justicia y la solidaridad al considerar a las mayorías y hasta a los no humanos.	g) Propone y desarrolla modelos de atención dirigidos a grupos en desventaja social, basados en el compromiso social del profesional, así como en la justicia, la solidaridad, los derechos humanos y el cuidado del ambiente.	g) Enfatiza el compromiso social de la práctica profesional para mejorar la calidad y el acceso a los servicios sanitarios, así como para impulsar políticas de salud de mayor beneficio social y que protejan las distintas formas de vida.
h) Propone una moral distinta al cuestionar las relaciones de poder y buscar el empoderamiento de los individuos.	h) El estudiante participa en las instancias de gobierno de las instituciones educativas, así como en los procesos de planeación curricular y todos aquellos relacionados con el desempeño académico e institucional.	h) El consumidor interviene en el control de los servicios de salud y en las decisiones de las políticas de los mismos. Promueve la constitución de comités de ética en los servicios de salud. La opinión y satisfacción del consumidor constituyen parte de la calidad de los servicios.

la humanidad. Su respeto significa una utopía posible para la construcción de un mundo mejor. Como base de la convivencia, han permitido un consenso amplio entre las naciones y un reto para que las sociedades formen a sus ciudadanos bajo este paradigma. Alcanzarlo no solamente acarrearía soporte económico, sino formas de vida más justas, plenas, creativas y equitativas. De acuerdo con Barba, la educación en DH es “una educación acorde con la dignidad de la persona y su desenvolvimiento [...] formación de un tipo de personalidad poseedora e integradora de valores, actitudes y hábitos que derivan de la visión del ser humano expresada en los mismos derechos” (Barba, 1997: 103). Se trata de incorporar en la educación los valores bajo la perspectiva de los DH, lo que representa crear una cultura de derecho que permita el crecimiento moral de la sociedad.

Los derechos humanos significan un proyecto amplio para la humanidad. Para traducir este proyecto en la formación de los trabajadores sanitarios, primero hay que tener en cuenta que la salud es un derecho humano. En México es un derecho constitucional expresado, en el artículo 4º, como “el derecho a la protección de la salud”. Por tanto, la enseñanza de los DH no es un asunto exclusivamente de orden filosófico sino que se vuelve una situación eminentemente práctica para el trabajador de la salud.

Por el tipo de labor que desempeñan estos trabajadores son los que más preocupados tendrían que estar por incorporar los DH en la educación profesional, porque es en el terreno sanitario donde se han dado las mayores críticas y donde se ha avanzado en la propuestas sobre la manera como los profesionales tendrían que comportarse frente a

los enfermos, tanto en la investigación biomédica como en la relación clínica. Por esa misma razón se han impulsado, a nivel internacional, códigos de conducta para los profesionales como: el Código Nüremberg (1947), la Carta de los Derechos de los Pacientes (1972), el Código de Helsinki (2000) y el Código del Consejo Internacional de Organizaciones de Ciencias Médicas (CIOMS,1993), entre otros.

De igual manera, han surgido actores sociales para vigilar y conciliar las relaciones entre médicos y usuarios, como los comités de ética de los hospitales y de centros de investigación, donde participa personal no médico que expresa la voz de los enfermos o de los sujetos de investigación para que se consideren los distintos intereses, se equilibren las relaciones de poder y se respeten los puntos de vista de los pacientes, es decir, que se respete su derecho a consentir o no sobre

un tratamiento o investigación. Incluso se ha impulsado el desarrollo de nuevas áreas interdisciplinarias, como la bioética.

Los DH son el sustento de la nueva moralidad, de una nueva mirada médica (Foucault, 1975), basada en una cultura de derecho. Sin embargo, no basta modificar los currículos para que se den los cambios que requieren las profesiones sanitarias, es importante transformar las políticas sanitarias, la estructura de los sistemas de salud, el compromiso social de la profesión y la actitud pasiva de los enfermos y familiares frente a su salud y a los profesionales.

No obstante, si la sociedad requiere trabajadores sanitarios con otra visión, tiene que empezarse a formar no sólo para que ellos cambien sino para que, a su vez, promuevan una educación sanitaria enfocada en la responsabilidad del enfermo sobre su cuidado (Cuadro 2).

Cuadro 2. Supuestos del paradigma de los derechos humanos en la formación y práctica de la salud

<i>Supuestos del paradigma de los derechos humanos</i>	<i>En la enseñanza de las profesiones sanitarias</i>	<i>En la práctica profesional</i>
<i>a) Se preocupa por preservar la dignidad del ser humano.</i>	<i>a) La educación es un derecho y un factor para desarrollar una vida digna y plena. La educación es central para que los estudiantes ejerzan sus derechos con responsabilidad.</i>	<i>a) La salud es un derecho y un factor para desarrollar una vida digna y plena. La atención médica se preocupa por un trato digno y por ofrecer servicios de calidad. Impulsa modelos de atención.</i>
<i>b) Se preocupa por formar ciudadanos conscientes de sus derechos y obligaciones.</i>	<i>b.1) Forma ciudadanos y profesionales conscientes de sus derechos, obligaciones y responsabilidades. Incorpora en los programas de estudio la preocupación por el respeto a los DH y los considera una referencia para el desarrollo académico e institucional. b.2) Fomenta la autonomía de los estudiantes en la toma de decisiones.</i>	<i>b.1) Promueve la responsabilidad ciudadana y profesional, por tanto, respeta las normatividades técnicas, éticas y legales que acotan el ejercicio profesional y favorece la participación del usuario en la vigilancia y control de los servicios de salud. b.2) Educa a la población para el autocuidado y fomenta la autonomía de los consumidores en la toma de decisiones sobre su salud y su vida.</i>

<i>Supuestos del paradigma de los derechos humanos</i>	<i>En la enseñanza de las profesiones sanitarias</i>	<i>En la práctica profesional</i>
<p>c) Se preocupa por mejorar el acceso de la población a los servicios educativos y de salud, y que éstos sean de calidad.</p>	<p>c.1) Informa e involucra a los alumnos en las decisiones que afecten su vida académica e institucional.</p> <p>c.2) Brinda una educación de calidad, sustentada científicamente, respetuosa, no discriminativa, que permite el diálogo, la pluralidad y la tolerancia.</p> <p>c.3) Inculca el interés por la capacitación técnica, la actualización profesional constante, el uso racional de la tecnología, así como el respeto a los derechos de los demás.</p>	<p>c.1) Utiliza cotidianamente el consentimiento informado o cualquier otro método para obtener la anuencia de los consumidores sobre el tratamiento.</p> <p>c.2) Brinda una atención sanitaria de calidad, sustentada científicamente y respetuosa, sin importar raza, género, religión, filiación política o tipo de enfermedad.</p> <p>c.3) Mejora la calidad de la atención médica mediante la capacitación técnica, la actualización profesional constante, el uso racional de la tecnología, el respeto a los derechos de los consumidores y el cumplimiento de sus expectativas.</p>
<p>d) Fomenta en la población una actitud responsable frente a sus derechos y obligaciones.</p>	<p>d) Fomenta en el alumno la responsabilidad como estudiante y profesionista, incorporando conocimientos sobre el marco técnico, ético y legal de la profesión.</p>	<p>d) Promueve la salud y el autocuidado como parte del acto médico cotidiano, a nivel individual y comunitario.</p>
<p>e) Busca estrategias para que los derechos sean una realidad para toda la población.</p>	<p>e) Investiga, a través de los servicios universitarios, la manera de combatir las enfermedades prevalentes y ensaya modelos de atención con enfoque de riesgo, tendientes a mejorar el acceso a la atención médica, sobre todo de los grupos vulnerables.</p>	<p>e) Participa en el diseño de políticas de salud tendientes a mejorar el acceso a la atención médica, sobre todo de los grupos vulnerables.</p>
<p>f) Son el fundamento para la construcción de un orden social mundial con valores compartidos, donde hay una evaluación de la gestión del Estado por organismos supranacionales que vigilan los derechos humanos.</p>	<p>f) Crea consciencia en los alumnos para que no participen en acciones que atenten contra la dignidad de las personas, que conozcan los acuerdos internacionales y el marco nacional sobre los DH.</p>	<p>f) No participa o tolera actos de tortura o acciones que atenten contra la dignidad de las personas; conoce los marcos internacionales y nacionales en relación con los DH.</p>
<p>g) Promueve un nuevo humanismo, una cultura basada en el respeto a los derechos humanos.</p>	<p>g) Promueve en el estudiante una cultura basada en el respeto a los derechos humanos.</p>	<p>g) Promueve en el gremio una cultura basada en el respeto a los derechos humanos.</p>

La sexualidad, de acuerdo con Marcela Lagarde, “rebasas el cuerpo y al individuo: es un complejo de fenómenos bio-socio-culturales que incluye a los individuos, a los grupos y a las relaciones sociales, a las instituciones, y a las concepciones del mundo —sistemas de representaciones, simbolismo, subjetividad, éticas diversas, lenguajes— y desde luego el poder” (Lagarde, 1993: 185).

La sexualidad ofrece un lugar en el mundo, una forma de relación con el cuerpo y con los otros, una manera de crecer y de evolucionar, de pensar y de anhelar, de construir la salud, la enfermedad, la vida y la muerte. La comprensión de esta dimensión humana ayuda al profesional sanitario a encontrar sentido a expresiones de la enfermedad que solamente pueden explicarse si se incorpora este enfoque. También contribuye a la reflexión y comprensión del profesional de sí mismo, elementos todos que resignifican la práctica profesional.

Actualmente el enfoque de género en la salud es recomendado por las agencias internacionales como la Organización Mundial de la Salud o el Banco Mundial, así como por las instituciones sanitarias; esto es así no nada más por los riesgos diferenciados que enfrentan hombres y mujeres, sino por la manera como utiliza cada uno sus recursos vitales e institucionales en el cuidado de la salud propia y del grupo familiar.

El paradigma de la sexualidad fue incorporado en la Reforma Sanitaria de los años setenta en Italia, y permitió el avance del pensamiento sanitario en el mundo (fuente directa, entrevista con el Dr. Giovanni Berlinguer, Italia, 1982). La sexualidad es una dimensión fundamental del ser humano que le da identidad, conforma su subjetividad, le brinda un lugar en el mundo, una forma de percibirse a sí mismo, le ofrece una referencia para evaluar sus conflictos morales y define su relación con el poder, así como sus relaciones con el mundo, entre otros.

La sexualidad es un eje vital que determina muchas de las enfermedades, permite comprender los cambios a lo largo de la vida y, lo

que es más importante, estructura a las instituciones sanitarias y las formas sociales de responder a la enfermedad (Lagarde, 1993). Como elemento central de la cultura, la sexualidad estructura y regula las relaciones sociales y, por supuesto, las legales.

El caso de la salud es ilustrativo ya que, entre los factores determinantes de ésta, se toman en cuenta no sólo la edad sino también el sexo, el género, la educación y el acceso a los servicios de salud, por mencionar algunos.

Hombres y mujeres tienen necesidades de salud distintas, debido a la genética, a la reproducción o a la manera como la sociedad y la cultura definen el comportamiento para unos y otros. La sexualidad se modifica y le da significado a la vida en sus diferentes etapas.

Así, incorporarla en los currículos del área de la salud permitiría integrar elementos subjetivos, sociales y culturales en la atención médica pero desde una perspectiva integradora y más humana (Cuadro 3).

CONCLUSIONES

Incorporar en el currículo el desarrollo humano sustentable, los derechos humanos y la sexualidad puede contribuir a crear en los egresados del área de la salud una nueva mirada médica basada en una cultura de derecho y de respeto, así como una práctica profesional más responsable y respetuosa fundada en valores como la justicia, la solidaridad, el respeto y la tolerancia, entre otros.

Estos paradigmas definen un marco y un ideal de práctica profesional. Algunos de los supuestos, aunque provienen de diferentes paradigmas, coinciden, lo cual puede ser un criterio para indicar cuáles de estos aspectos tendrían que enfatizarse y no dejarse a un lado. No obstante, hay que identificar las condiciones de salud e incorporarlas como una preocupación fundamental en el diseño curricular. Una educación con esta orientación podría contrarrestar a la educación tradicional, todavía vigente en muchas IES en México, que se centra en la práctica liberal de las profesiones sanitarias y se basa en la oferta y la demanda, la competitividad y el individualismo.

Cuadro 3. El paradigma de la sexualidad y sus efectos en la formación y práctica sanitarias

<i>Paradigma de la sexualidad</i>	<i>En la formación</i>	<i>En la práctica profesional</i>
<i>a) Incorpora el enfoque de género para el ejercicio de los derechos.</i>	<i>a) Incorpora el enfoque de género en la oferta de oportunidades educativas.</i>	<i>a) Incorpora el enfoque de género en el diagnóstico y la atención.</i>
<i>b) Considera las diferentes etapas del crecimiento y desarrollo, la madurez y la senectud, en los riesgos para la salud, el diagnóstico, el tratamiento y el rendimiento escolar.</i>	<i>b) Considera la educación como un proceso para toda la vida.</i>	<i>b) Considera las diferentes etapas del crecimiento y desarrollo, la madurez y la senectud, en los riesgos para la salud, el diagnóstico y el tratamiento.</i>
<i>c) Considera la identidad sexual como referente en la interpretación que los individuos hacen de su salud o enfermedad.</i>	<i>c) Considera la identidad sexual como referente en la educación y fomenta la pluralidad y tolerancia.</i>	<i>c) Considera la identidad sexual como referente en las interpretaciones que los individuos hacen de su salud y enfermedad, así como en los riesgos sanitarios derivados de ello.</i>
<i>d) Incorpora aspectos subjetivos como determinantes de la salud.</i>	<i>d) Incorpora aspectos subjetivos en la comprensión, interpretación y abordaje de la educación y la salud.</i>	<i>d) Incorpora aspectos subjetivos en el abordaje de la salud.</i>
<i>e) Considera los riesgos diferenciados por género en la salud.</i>	<i>e) Considera los riesgos diferenciados por sexo y género en la salud e investiga sobre estos aspectos.</i>	<i>e) Considera los riesgos diferenciados por sexo y género en la salud.</i>
<i>f) Considera las asimetrías de género en la forma de uso de los recursos disponibles.</i>	<i>f) Considera las asimetrías de género en el rendimiento escolar.</i>	<i>f) Considera las asimetrías de género en el uso de los recursos para el cuidado y la atención médica.</i>
<i>g) Regula las formas de comportamiento social y cultural del individuo.</i>	<i>g) Inculca el respeto y la tolerancia a la diversidad sexual y promueve una cultura con esas características.</i>	<i>g) Brinda un servicio no discriminatorio por cuestiones de sexo, género o tipo de enfermedad.</i>
<i>h) Regula la percepción del propio cuerpo y, por tanto, la elaboración que el individuo hace sobre la salud y la enfermedad.</i>	<i>h) Respeta la percepción del individuo sobre su cuerpo e identidad.</i>	<i>h) Incorpora para el tratamiento la percepción que los enfermos tienen sobre el cuerpo, misma que se refleja en la elaboración que el individuo hace sobre la salud y la enfermedad.</i>
<i>i) Da como resultado una percepción diferenciada por género de la manera de dirimir los conflictos morales.</i>	<i>i) Diferencia y comprende las distintas interpretaciones éticas en el proceso educativo.</i>	<i>i) Introduce los valores como referentes en el cuidado de la salud y las decisiones sobre el tratamiento.</i>

<i>Paradigma de la sexualidad</i>	<i>En la formación</i>	<i>En la práctica profesional</i>
j) Incorpora, por género, los riesgos derivados del funcionamiento orgánico, las patologías y el uso de medicamentos.	j) Sustenta el aprendizaje en el conocimiento por género de los riesgos derivados del funcionamiento orgánico, las patologías y el uso de medicamentos para la atención médica.	j) Sustenta el diagnóstico por género en los riesgos derivados del funcionamiento orgánico, las patologías y el uso de medicamentos para la atención médica.
k) Sustenta derechos diferenciados sobre el cuidado de la salud.	k) Se preocupa porque se ejerzan los derechos considerando las diferencias de género.	k) Busca hacer realidad el derecho a la salud, brindando una atención de calidad y luchando por mejorar el acceso a los servicios de salud.
l) Considera las diferencias de género en las políticas públicas.	l) Considera las diferencias de género en las políticas educativas, así como en las oportunidades y apoyos a los estudiantes.	l) Se preocupa porque las diferencias de edad y género se consideren en las políticas sanitarias
m) Su incorporación es un criterio de la calidad de la atención.	m) El enfoque de género es un criterio de la calidad de la educación.	m) El enfoque de género es un criterio de la calidad de la atención a la salud.

REFERENCIAS

- ABOITES, H. (2003), *Las nuevas políticas generales y operacionales*, México, SITUAM.
- ALVA Olvera, M.A. (1992), "Educar par la paz y lo derechos humanos. Una tarea posible", *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, vol. XXII, núm. 1, pp. 10-12.
- Asociación Americana de Hospitales (1989), "Carta de los derechos de los pacientes", en Diego Gracia, *Fundamentos de Bioética*, Madrid, EUDEMA, pp. 174-176.
- Asociación Médica Mundial (2000), *Código de Helsinki. Principios éticos par las investigaciones médicas en seres humanos 2000*, en línea en: http://www.wma.net/policy/17-c_s.html.
- Banco Mundial (1997), *Invertir en la gente. Banco Mundial en acción: tendencias del desarrollo*, Washington D.C., Banco Mundial.
- BARBA, B. (1997), *Educación para los derechos humanos*, México, Fondo de Cultura Económica.
- BELTRÁN, R. y E. Beltrán, *Aprendizaje intensivo dedicación exclusiva*, Universidad Peruana Cayetano Heredia, mimeo.
- CIOMS (1993), *Directivas éticas internacionales para la investigación biomédica llevada a cabo sobre sujetos humanos*, Ginebra, OMS.
- CORAGGIO, J.L. (1993), "Desarrollo humano y política educativa en la ciudad latinoamericana", en *Medio Ambiente y Urbanización*, núm. 45, IEED/AL, Buenos Aires, en línea en: www.educ.ar/educar/servlet/downloads.
- CORAGGIO, J.L. (1994), *La reforma pedagógica: eje de desarrollo de la enseñanza superior*, en línea en: www.fronesis.org/jla/archivos.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), ONU, en línea en: http://www.unesco.cl/medios/biblioteca/documentos/promed-lac_declaracion_quito_1991.pdf.
- DRUCKER, P. (1996), *Drucker, su visión sobre la administración, la organización basada en la información, la economía, la sociedad*, Buenos Aires, Grupo Editorial Norma.
- MARTINEZ Carballo, N. (2006), "Las universidades, llenas de 'focos rojos'", comentarios sobre el documento "Consolidación y cambio de la educación superior en México. Compromisos y propuestas de la ANUIES", *El Universal*, sección Sociedad, 28 de mayo de 2006.

- EMANUEL, E. y L. Emanuel (1992), "Four Models of Physician-patient Relationship", *JAMA*, vol. 267, núm. 6, abril 22/29, pp. 2221-2226.
- ENLACE, Evaluación Nacional del Logro Académico en Centros Escolares, en línea en: <http://enlace.sep.gob.mx/>
- EZQUIVEL, N. (2001), "Tópicos sobre los derechos humanos", en Noé Ezquivel, *et al.*, *Universidad y derechos humanos*, México, Universidad Autónoma del Estado de México, pp. 13-33.
- FOX, Vicente, Segundo Informe de Gobierno, en línea en: <http://segundo.informe.fox.presidencia.gob.mx/index.php?idseccion=299>.
- FLEXNER, Abraham (1910), *Medial Education in United States and Canada*, Bulletin núm. 4, Nueva York, Carnegie Foundation for Advancement of Teaching.
- FLORES Olea, V. y A. Mariña (1999), "Las organizaciones supranacionales: Unión Europea, TLC, Mercosur, APEC", en Víctor Flores Olea, *et al.*, *Crítica a la globalidad. Dominación y liberación en nuestro tiempo*, México, UNAM, pp. 163-191.
- FOUCAULT, Michel (1975), *El nacimiento de la clínica. Una arqueología a la mirada médica*, México, Siglo XXI.
- GOLDENBERG Maya (2005), "Evidence-based Ethics? On Evidence-based Practice and the 'Empirical Turn' from Normative Bioethics", *BioMed Central*, en línea en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/6/11>.
- GUERVARA Niebla, Gilberto (1981), "Los múltiples rostros de la crisis universitaria", en Gilberto Guevara Niebla (comp.), *La crisis de la educación superior*, México, Editorial Nueva Imagen, pp. 11-21.
- GRACIA, Diego (1987), "La bioética, una nueva disciplina académica", *Revista JANO* 26, vol. XXXIII, núm. 181, junio-julio, p. 74.
- GRACIA, Diego (1989), *Fundamentos de bioética*, Madrid, Eudema.
- KOHLBERG, Lawrence (1992), *Psicología del desarrollo moral*, España, Decleé de Brower.
- LAGARDE, Marcela (1993), *Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas y locas*, México, UNAM.
- LAIN, Entralgo (1967), *El médico y el enfermo*, España, Biblioteca para el hombre actual.
- LOYO, Aurora (1997), "La ironías de la modernización: el caso del SNTE", en Aurora Loyo (coord.), *Los actores sociales y la educación. Los sentidos del cambio*, México, UNAM-Plaza y Valdés, pp. 23-62.
- LUENGAS, I. (2001), "La formación de los odontólogos en el marco de los derechos humanos", *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, vol. 58, núm. 5, pp. 177-182.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1990), *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, México, CONACULTA-Alianza Editorial.
- National Commission The Belmont Report (1978), *Ethical Principles and Guidelines for the Human Subjets of Research*, Washington, DEG Publications.
- Nuremberg Code (1949), *Directives for Experimentation Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law*, vol. 2, núm. 10, Washington D.C., Goverment Printing Office.
- OCDE (1997), *Exámenes de las políticas nacionales de educación. México Educación Superior*, Francia, OCDE.
- OCDE (2002), *Panorama de la educación. Indicadores sobre México*, en línea en: <http://www.oecd.org>.
- OMS/UNICEF (1981), Declaración de Alma Ata, en *Primer Nivel de Atte.*, núm.1, México, UAM-X, pp. 2-6.
- ONU (1987), *World Commission on Environment Development or Brundttlan Report. Our Common Future*, ONU, en línea en: <http://indh.pnud.org.co/files/rec/nuevaformacioncopera-cion1994.pdf>.
- PAPALIA, Diane, *et al.* (2002), *Desarrollo humano*, Colombia, Mac Graw Hill.
- RIVAS, José Federico (1994), *Variables del diseño curricular en medicina*, México, Académicos CBS/UAM-X.
- SCHEMELKES, Sylvia (1997), *La escuela y la formación valoral autónoma*, México, Castrejón Editores.
- SEN, Amartya (2000), *Desarrollo y libertad*, Barcelona, Editorial Planeta.
- SÁENZ, L., L. Sánchez, I. Luengas y E. Jarillo (2007), "Actitudes de los estudiantes de odontología de la UAM-Xochimilco frente a su formación profesional", *AAPE*, vol. 15, núm. 17, en línea en: <http://epaa.asu.edu/epaa/v15n17/>

- SÁNCHEZ, Pedro (2007), “Autoevaluación del modelo académico de la Universidad Autónoma de Yucatán”, *Revista de la Educación Superior*, vol. XXXVIII, núm. 141, enero-marzo, 2007, pp. 43-64, en línea en: www.anuies.mx/servicios/p_anuies.
- UDUAL (1991), Declaración de Quito, en línea en: www.udual.org/UDUAL/estatuto/quito.htm.
- UNESCO (1998), “Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI: visión y acción”, en *Confluencias*, Boletín de la ANUIES, núm. 68, México, pp. 16-22.
- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, en línea en: www.pnd.gob.mx.
- Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, en línea en: www.pnd.gob.mx.
- Comunicación personal con G. Berlinguer, Roma, 1982.