

La medicina intercultural en hospitales rurales de América Latina

Roberto Campos Navarro

Resumen

La práctica de la biomedicina en los pueblos indígenas constituye una obligación ineludible de los gobiernos nacionales para cumplir con el compromiso social, político e histórico con aquellos que ahora son los herederos de los pueblos originarios de América.

Desde una perspectiva antropológica, la práctica médica intercultural no es suficiente con la instalación de centros de salud y hospitales, ni con la mera presencia de médicos, enfermeras y promotores sino existe una genuina adecuación de los servicios y del personal a las características económicas, sociales y culturales de las poblaciones amerindias.

En este ensayo proponemos una normatividad que obligue a las autoridades sanitarias a que los hospitales que se encuentran en medio de los pueblos indígenas realicen adaptaciones socioculturales que brinden una mejor calidad de la atención hospitalaria.

Palabras claves: Biomedicina, práctica médica intercultural, atención médica en poblaciones indígenas.

Abstract

The biomedicine practice on the indigenous people is an obligation of the national governments for the social, politic and historic obligation with the original people in America.

As an anthropological perspective, the intercultural medical practice is not enough with the health hospitals and centers; not yet with medical personnel as medical, nurses and health promoters. Are necessary specific adaptations of health services at the economic, social, and cultural characteristics of the Amerindians people.

In this work we propose a framework for the health authorities of the hospitals into indigenous towns in order to do sociocultural adaptations for increase the medical care in theirs hospitals.

Key words: Biomedicina, intercultural medical practice, medical care into indigenous people.

Fecha de recepción: noviembre 1999
Fecha de aprobación: diciembre 1999

Correspondencia: Brasil 33, Centro Histórico, México, DF, CP 06020, Fax: 55 26 38 53. e-mail: rcampos@servidor.unam.mx

Introducción

¡Urgencias! ¡Hospital!

*De pronto, arrastrada por un raro dolor
entró a este mundo de todos y de nadie,
donde estaré quién sabe cuánto tiempo
para salir cualquier hora de un día,
de pie y hacia la vida
o quietamente horizontal y ciega.*

*Me ordenan despojarme de cosas y de ropa.
Me plantan una bata sin botones.
Prohibido un libro, una hoja de papel,
una pluma, un lápiz para labios, ¡todo!
Me conducen arriba.
Y desde ese momento, soy un número.*

*No soy dueña de mí, ni tengo voz ni voto.
Me empujan, viran, se detienen.
Me introducen a un túnel de miedo.*

Fragmentos de *Memorias de Hospital*
(Paz Paredes, 1986:235)

Antes del arribo de los españoles a tierras americanas, existían pueblos que tenían sus propias maneras de comprender la vida y la muerte. Por ello, su particular cosmovisión del mundo implicaba una serie de creencias, prácticas y saberes con respecto al proceso salud-enfermedad-atención.

Con la llegada de los europeos, gradualmente se impusieron la ideología cristiana y las prácticas e instituciones médicas de la Península Ibérica. Tal imposición resultó parcial y fragmentaria pues los pueblos conquistados continuaron, en forma pública o secreta, con sus conocimientos y prácticas milenarias pero fueron adoptando algunos elementos de la medicina popular hispánica y de la medicina tribal africana aportada por los esclavos negros traídos al Nuevo Mundo (Aguirre-Beltrán, 1963).

La práctica de una medicina intercultural se hizo inexorablemente necesaria: los conquistadores y esclavos recurrieron a los curanderos locales y sus hierbas medicinales, en tanto que los amerindios, azotados por las temibles y desconocidas epidemias de origen foráneo, recurrieron a hospitales y remedios extraños proporcionados por misioneros y doctores venidos de Europa.

En la actualidad se calcula una población amerindia superior a los 42 millones, con aproximadamente 400 pueblos indígenas diferenciados en cuanto a sus culturas, lenguas y costumbres. En términos absolutos, México ocupa el primer

lugar con cerca de 12 millones de indígenas (14% de la población total), pero le superan en porcentajes relativos: Bolivia (71%), Guatemala (66%), Perú (47%), Ecuador (43%), Belice (19%) y Honduras (15%) (Iturralde, 1992:109-122).

También recordemos que su importancia no sólo se encuentra en las cifras, sino en la trascendencia cualitativa que reside en sus características políticas y sociales que sitúan al indígena "...en el escalón más bajo de la pirámide socioeconómica" (Díaz-Polanco, 1995:14).

En el terreno de la salud, la vivienda indígena es precaria y muy elevada la proporción de hogares sin agua potable ni drenaje. Desde la orientación biomédica, las principales enfermedades y causas de muerte corresponden a problemas infecto-parasitarios, principalmente de vías respiratorias y trastornos gastrointestinales.

Desde la perspectiva popular-tradicional, existen enfermedades que únicamente tienen salida resolutive a través de los terapeutas tradicionales. Se trata de los denominados *síndromes culturalmente delimitados*. Estos constituyen un conjunto de signos y síntomas de diversa etiología que sólo pueden ser entendidos, comprendidos y tratados integralmente dentro de la cultura particular en que se desarrollan, pues cuentan con la clave o el código cultural que permite desentrañar su contenido simbólico y la profundidad de significados específicos. Los más conocidos y frecuentes en América Latina corresponden al mal de ojo, el empacho, el susto o espanto, la caída de mollera, los aires, las torceduras, la brujería y otros (Zolla, 1988:12).

En este contexto demográfico, epidemiológico y de ejercicio médico intercultural, entendido esto último como el conjunto de saberes y prácticas biomédicas que son aplicados en contextos culturales diferentes, es que deseamos aportar algunas experiencias y directrices normativas que nos permitan mejorar la calidad de los servicios de la medicina académica que se proporcionan en hospitales rurales ubicados en pueblos amerindios.

La medicina intercultural en hospitales rurales de América

A mediados del presente siglo, el médico y antropólogo mexicano Gonzalo Aguirre Beltrán produjo una obra clásica sobre el tema: *Programas de salud en la situación intercultural* (1955). En ella establece los principios fundamentales acerca de la finalidad explícita: la **incorporación** de los indios a la vida moderna del país. Se trata de una estrategia política del gobierno mexicano dirigida a lograr



“...la modernización económica, social, educativa y cultural de los indios y mestizos” que residen en dichos territorios (Aguirre-Beltrán, 1980:8).

Para Aguirre Beltrán, los antropólogos indigenistas deben establecer proyectos adecuados a la realidad sociocultural de los indios, pues:

Un programa (de salud) delineado conforme a las normas inflexibles de la técnica occidental y respaldado por un presupuesto elevado y por un personal de alta capacidad profesional puede ser perfecto para el sector más urbanizado de nuestras ciudades en proceso de industrialización; más es del todo inoperante en una situación intercultural como la que presentan las zonas indígenas del país (*Ibid*, 18).

Establece cuatro normas básicas para el adecuado funcionamiento de la biomedicina en la situación intercultural: 1) “Llevar la medicina (científica) al indígena sin esperar que éste venga a la medicina”; 2) “Descender la medicina científica al nivel de la cultura de la comunidad”; 3) “Ajustar la medicina (científica) a las condiciones del medio social” y 4) “Integrar la medicina (científica) al contexto intercultural” (*Ibid*, 24-29).

¿Se aplicaron las anteriores recomendaciones y normas básicas en la instrumentación de los servicios médicos por las instituciones gubernamentales mexicanas?

El propio Aguirre-Beltrán se quejaría de la ausencia de la perspectiva antropológica en el trabajo del IMSS-Coplamar, hoy IMSS-Solidaridad (Aguirre-Beltrán, 1994:413-419). Sin embargo, desde 1982 existe en este programa un proyecto de interrelación positiva con la medicina tradicional, apoya la creación de huertos de plantas medicinales, tiene albergues comunitarios para los familiares del enfermo hospitalizado y proporciona financiamiento restringido para proyectos de agrupaciones de médicos indígenas, sin embargo, en el terreno de las adecuaciones socioculturales los obstáculos son inmensos y los avances insuficientes.

Desde 1988, a partir del único hospital que tenía el Instituto Nacional Indigenista en Cuetzalan, estado de Puebla (México), se hicieron modificaciones para permitir el ingreso de los médicos indígenas con la finalidad de brindar consulta, especialmente de hierbateros, sobadores y parteras. En coordinación con la Secretaría de Salud, la experiencia fue reproducida en Oaxaca y Nayarit, con resultados que aún faltan de ser evaluados, tanto en lo técnico como en lo antropológico.

En Chile, desde 1992 se ha impulsado en algunos hospitales de la región mapuche un proyecto donde

interviene un equipo interdisciplinario formado por un médico, un antropólogo y un indígena bilingüe. Este último es incorporado en calidad de funcionario del sistema formal de salud y su función como facilitador intercultural es:

(...) orientar al paciente en el espacio hospitalario mediante el uso del *mapudungun* (idioma local) y de símbolos *ad hoc*, asistirlo en la observación de ciertas normas internas y darle apoyo en el de las indicaciones médicas; asimismo, tienen la función de estimular actividades de promoción educativa y de capacitación-acción sobre cultura y medicina mapuche (Citarella, 1995:567).

En la actualidad, es evidente que los esfuerzos financieros gubernamentales han sido y siguen siendo enormes, la capacidad técnica de los epidemiólogos que dirigen los programas de salud en zonas rurales e indígenas es indudable, pero la ausencia parcial y/o total de la perspectiva antropológica continúa siendo una notable falla.

Estas deficiencias se hacen ostensibles al evaluar el trabajo concreto de algunos hospitales rurales. Mencionaremos algunos casos latinoamericanos que permiten ejemplificar la falta del criterio antropológico en la implementación y operación de los servicios.

Caso 1 Ausencia de personal bilingüe

En un hospital gubernamental ubicado en Guachochi, Chihuahua, sólo tienen un traductor del idioma rarámuri, además no labora en el área clínica sino en la parte administrativa.

Caso 2 Ausencia de personal originario de la región

Antes de la irrupción del movimiento armado zapatista en Chiapas, se inauguró un super hospital en la selva lacandona, por razones administrativas ninguno de los trabajadores era nativo de la región, ni siquiera la que limpiaba los pisos del modernísimo recinto.

Caso 3 Uso de alimentación foránea no cotidiana: agua de sandía, pan de caja o de molde y tortillas de harina de trigo

Una dietista veracruzana laborando en un hospital para gente maya, se quejaba que las mujeres eran tontas e ignorantes porque no tomaban la nutritiva y sabrosa agua de sandía que ella preparaba. Lo que desconocía ella es que las mujeres indígenas recién paridas tienen internalizada la creencia de no consumir alimentos considerados culturalmente de calidad fría, porque les hace daño a sus cuerpos ya de por sí

“enfriados” por la salida del recién nacido, y que por el contrario, requieren de alimentos y bebidas calientes para lograr un deseado equilibrio.

En el Istmo de Tehuantepec, otro hospital rural ofrece a los enfermos el pan de caja o de molde industrializado, así como tortillas de harina de trigo a las que se añaden rebanadas delgadas de jamón y queso. Sucede que a los zapotecos de esas regiones les resulta muy desagradable ingerirlos e incluso no lo comen, con el consiguiente despilfarro de los recursos institucionales.

Caso 4 Prohibición de alimentos regionales cotidianos por ignorancia o autoritarismo de los médicos: el pozol

Los indígenas y campesinos del sureste mexicano tienen por costumbre consumir una bebida a base de maíz martajado. Aparte de ser un alimento muy nutritivo, la gente piensa que fortalece su sangre y le brinda vitalidad. No se consume en los hospitales porque los médicos académicos y las dietistas ignoran su valor cultural e incluso, el nutricional. Cuando intentamos introducir el pozol en los hospitales indígenas, los funcionarios médicos del nivel central lo impidieron alegando que las dietas son únicamente indicadas por los médicos tratantes. Resultado: los familiares del enfermo lo introducen al hospital en forma clandestina.

Caso 5 Ausencia de consumo de alimentos regionales cotidianos por razones administrativas: los totopos

En el mismo hospital del Istmo de Tehuantepec no se distribuyen unas populares y sabrosas tortillas de maíz que se llaman totopos. Su elaboración es delicada, su distribución generalizada, el precio muy accesible, y suelen conservarse —en espacios secos— hasta por un año. Pese a estas notables cualidades no se consumen en el hospital porque las señoras que los hacen no tienen registro en el padrón hacendario, y por tanto, no pueden expedir recibos válidos para los administradores de la institución.

Caso 6 Ausencia de consumo de alimentos regionales cotidianos: la chicha

Entre los wayúts (o guajiros) se acostumbra el consumo diario de una bebida no fermentada a base de maíz denominada como chicha, no obstante, el hospital binacional de Paraguaipoa, al norte de Maracaibo, que atiende población indígena de Venezuela y Colombia no lo incluye en sus dietas hospitalarias normales.

Caso 7 Ausencia de consumo de alimentos regionales cotidianos: el dulemais

Los kunas viven mayoritariamente en la costa e islas de la comarca Kuna-Yala o de San Blas en la región atlántica de la República de Panamá. Su alimentación cotidiana (dulemais) es a base de jugo de coco, verduras y pescado. Hasta ahora las cocinas de los hospitales de la región no incluyen dichos elementos.

Caso 8 Prohibición de uso de muebles regionales: las hamacas en la Península de Yucatán, la comarca Kuna-Yala y en la Península de la Guajira

En 1995 se logró la introducción de tres hamacas en la sección de mujeres de un hospital rural ubicado en la región maya del estado de Campeche. No obstante que las pacientes evaluaron muy positivamente el cambio, los funcionarios médicos de la ciudad de México (que desconocen el uso múltiple y benéfico de las hamacas, pues sólo las reducen a espacios de holganza vacacional) se opusieron con vehemente tenacidad, alegando razones estéticas: “se ven feas en un hospital”; médicas: “van a aumentar las infecciones intrahospitalarias”; higiénicas: “¿Cómo se van a limpiar en la lavandería?”; administrativas: “hay que obtener el permiso para romper las paredes donde se van a colgar”; e incluso, científicas: ¿En qué revista médica científica aparece una experiencia semejante? (Campos-Navarro, 1997 y 1999). A pesar de todo, las hamacas hospitalarias ahora forman parte de un servicio permanente e incluso ya se colocaron en una sección de hombres.

A pesar de la evidente aceptación de las hamacas hospitalarias en Campeche, el mismo proyecto no se pudo aplicar en los hospitales vecinos del estado de Yucatán porque un funcionario médico local se opuso rotundamente. Argumentó que la gente nunca le había comentado la necesidad de tener hamacas en la estancia hospitalaria. No le importó que las encuestas realizadas por nosotros en uno de los hospitales señalaban que el 95% de los enfermos internados estaban de acuerdo con la utilización institucional de las hamacas.

En forma similar, existe el uso cotidiano de hamacas o chinchorros por los kunas de Panamá y los wayúts venezolanos —para los primeros son sagradas, y los segundos, elaboran las más bellas hamacas del norte de Sudamérica. Tampoco se han planteado las autoridades gubernamentales que los principales hospitales ubicados en dichas regiones estén dotados de algunas de ellas.

Caso 9 Prohibición de que los curanderos den consulta dentro de los hospitales

Cuando en la Ciudad de México se planteaba la posibilidad de que los médicos indígenas participaran en las actividades cotidianas de algunos hospitales, un funcionario médico en charla de pasillo me advirtió: “No te metas con nuestros hospitales. Los hospitales son de los médicos. De los muros para fuera haz lo que quieras”. Sin saberlo, los directivos del hospital rural ubicado en Campeche, hicieron una típica casa maya junto a la sala de espera, y lo convirtieron en consultorio donde los diversos especialistas de la medicina indígena aún ejercen sus saberes.

Caso 10 Proyecto arquitectónico no consensado con las comunidades indígenas involucradas

El super hospital de la selva lacandona fue diseñado por los arquitectos e ingenieros sanitarios sin tomar opinión alguna de los potenciales usuarios, finalmente resultó un lujoso y reluciente “elefante blanco”, cuyo nivel de hospitalización es el más bajo de los hospitales gubernamentales.

Caso 11 Proyecto arquitectónico que ignora la cultura y la cosmovisión amerindia

Los mapuches tienen la creencia de que la vida y la bondad tienen su origen en el punto cardinal oriente y señalan siempre hacia donde nace el sol. En estos términos, duermen con la cabeza hacia el este y los pies apuntando al occidente; cuando mueren son enterrados en la posición contraria. El hospital de Nueva Imperial, cerca de Temuco en Chile, fue construido ignorando esta concepción indígena de la vida y la muerte, del bien y del mal. Para remediar esta situación anómala, la facilitadora intercultural mapuche que —por fortuna— labora en dicho hospital cambia las camas en la posición correcta para ayudar simbólicamente al paciente en su recuperación.

Caso 12 Desinterés por la capacitación antropológica del personal institucional en pueblos indígenas

En la capacitación institucional de los médicos, enfermeras, odontólogos y otros pasantes en servicio social que trabajarán temporalmente en centros de salud, unidades médicas y hospitales rurales, los asuntos técnicos y administrativos están muy por encima de la capacitación antropológica e incluso con frecuencia se omite.

Retos y perspectivas

En estos momentos, la orientación modernizadora e incorporativista del indigenismo mexicano, con su apoyo teórico en la antropología culturalista dominante desde los años 40, ya ha sido rebasada por los movimientos indígenas de finales de los 90. Ahora, los amerindios rechazan cada vez más el indigenismo como política estatal, y en forma reiterada desean asumir los retos de la autonomía.

¿Cómo entender ahora —desde la perspectiva autonómica— sus exigencias de servicios médicos? ¿Cómo desarrollar estrategias donde la participación comunitaria y los médicos indígenas no permanezcan subordinados al modelo médico hegemónico? ¿Cuál debe ser la posición antropológica ante estas novedosas formas de organización política?

Un primer paso es el manejo de los ordenamientos del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que en sus artículos 24 y 25 contienen señalamientos precisos sobre salud y seguridad social de los pueblos indígenas. En el primero de ellos se afirma que: “Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna”.

Y en el segundo, aparecen cuatro apartados sobre la atención médica en los pueblos indígenas:

1. “Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios *bajo su propia responsabilidad y control*, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Los servicios de salud deberán, en la medida de lo posible, organizarse a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.



4. La prestación de tales servicios de sanidad deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país” (OIT, 1989).

En este sentido proponemos una **normatividad** (que rebase los niveles de sugerencias y recomendaciones) sobre la operación intercultural adecuada de los hospitales rurales en pueblos amerindios donde:

- Exista no menos de un 50% de personal bilingüe que sea originario de la región y que, uno o varios de ellos, tengan la función específica de ser facilitadores interculturales para que orienten a los indígenas que solicitan servicios del hospital; e incluso, es conveniente la formación y presencia de médicos académicos de origen indígena, como ya sucede en algunas regiones amerindias.
- El personal médico y paramédico que proviene del exterior reciban un adiestramiento y capacitación **obligatoria** sobre medicina intercultural adecuada, con especificidad sobre la cultura donde van aplicar sus saberes.
- Los horarios del hospital se adapten a los ritmos y tiempos de los campesinos de la región.
- Los médicos indígenas participen **dentro** de las actividades del hospital como un consultor más.
- Los huertos medicinales formen parte del paisaje hospitalario demostrando su vigencia y utilidad.
- La alimentación regional sea **ineludible**, con las restricciones dietéticas en casos particulares.
- La participación comunitaria sea completa y los amerindios tengan poder resolutivo en aspectos organizativos, administrativos y financieros del hospital.
- La cosmovisión y materiales regionales amerindios sean tomados en cuenta para la elaboración de los proyectos arquitectónicos de hospitales y centros de salud.

- Los albergues para familiares del hospitalizado sean parte del espacio del nosocomio.
- Los muebles y construcciones regionales (hamacas, temazcales y otros) deban ser analizados, considerados y utilizados por las instituciones médicas.
- Los programas de salud sean elaborados y consensados con los pueblos amerindios (Campos-Navarro, 1996a).

Como se puede observar, ya no se trata de servicios médicos **para** los pueblos indígenas sino **con** la participación y el control de los pueblos amerindios. La medicina intercultural debe ser construida sin exclusiones, por eso es necesario que la legitimidad social de la medicina indígena deba ser acompañada por un **reconocimiento legal** que permita su protección, difusión y fortalecimiento (Campos-Navarro, 1996b).

En esta perspectiva, la actual antropología médica debe modificar sus paradigmas colonialistas e indigenistas para convertirse en una disciplina que aporte desarrollos teóricos, metodológicos y prácticos sobre el derecho y las limitaciones de las autonomías regionales en el campo de la salud.

Al principio de esta ponencia, una sensible mujer nos expresó su vivencia en un hospital extraño y amenazante: **“No soy dueña de mí, ni tengo voz ni voto”**. Finalizaremos, con palabras de otra mujer, pero esta vez indígena de Chiapas, quien después de 1994 expresó: **“Tenemos (los pueblos indígenas) muchas enfermedades, pero los médicos, la medicina (o sea, los fármacos) y los hospitales no están en nuestras manos”** (subrayado nuestro).

Ella no manifestó un problema geográfico, técnico, financiero o administrativo, como: “... no están a nuestro alcance” o “... no están a nuestra disposición” o “... no están a nuestro servicio”. Lo que ella sí quiso plantear fue un **problema autonómico**, es decir: “... no están bajo nuestro control” o “... no están bajo nuestra responsabilidad”.

Bibliografía

- AGUIRRE, BELTRAN G. (1963). *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*. México, Instituto Nacional Indigenista.
- AGUIRRE, BELTRAN G. (1980). *Programas de salud en la situación intercultural*. México, Instituto Mexicano del Seguro Social.
- AGUIRRE, BELTRAN G. (1994). *Antropología médica. Sus desarrollos teóricos en México*. México, Fondo de Cultura Económica.
- CAMPOS, NAVARRO R. (1996). "Proyecto de Unidades Médicas Amigas del Indígena y el Campesino", México, Programa IMSS, Solidaridad (mimeo).
- CAMPOS, NAVARRO R. (1996). *Legitimidad social y proceso de legalización de la medicina indígena en América Latina. Estudio en México y Bolivia*. México, Tesis de doctorado, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM.
- CAMPOS, NAVARRO, ROBERTO *et al.* (1997). "La satisfacción del enfermo hospitalizado: empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México", *Revista Médica*, IMSS, 4(35):265-272.
- CAMPOS, NAVARRO R. (1999). "Use of hammocks in a rural hospital", en: *World Health Forum* 19 (4):431-433.
- CITARELLA, L. (comp.) (1995). *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Santiago de Chile, Sudamericana.
- DÍAZ, POLANCO H. (1995). "Introducción. Los pueblos indios en los Estados nacionales", en: *Etnia y nación en América Latina*. México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- ITURRALDE D. (1992). "Los pueblos indígenas y sus derechos", en: *Primer encuentro mesoamericano. Modelo alternativo de salud para pueblos indígenas*. San José, Costa Rica, Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (1989). *Convenio núm. 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes*. Ginebra, Documentos 89/1.
- PAZ, PAREDES M. (1986). "Memorias de Hospital", en: *Litoral del tiempo*. México, Secretaría de Educación Pública, 1986.
- ZOLLA C. *et al.* (1998) *Medicina tradicional y enfermedad*. México. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS):12.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO

MAESTRÍA EN CIENCIAS FARMACÉUTICAS

OBJETIVO

Formar recursos humanos capaces de realizar de manera original e independiente, actividades de investigación, docencia y servicio, orientadas a la generación de conocimientos científicos, tecnológicos y humanísticos en las ciencias farmacéuticas.

REQUISITOS DE INGRESO

- ♦ Título de licenciatura en Q, QFB, QFI, QBP, IF, IQ u otro afín a las ciencias farmacéuticas
- ♦ Aprobar examen de admisión
- ♦ Aprobar examen de comprensión de textos científicos en inglés
- ♦ Realizar entrevista con el Comité Tutorial

PROCESO DE ADMISIÓN

Recepción de documentos: septiembre y octubre en la Coordinación de Servicios Escolares

Examen de selección y de inglés: primera quincena de noviembre

Entrevistas: segunda quincena de noviembre

Resultados: diciembre

Inicio de cursos: enero

DURACIÓN

El programa está diseñado para cursarse en seis trimestres. Los primeros son un tronco común con sistema escolarizado y en los siguientes se desarrollará un proyecto de investigación dirigido por un comité tutorial. Dadas las características de este sistema, se requiere disponibilidad de tiempo completo.

PLAN DE ESTUDIOS

Primer trimestre: Teoría y métodos en la investigación farmacéutica

Segundo trimestre: Bases fisicoquímicas de los procesos biológicos y farmacéuticos

Tercer trimestre: Las interacciones fármaco-organismo

Los siguientes tres trimestres están previstos para realizar un Proyecto de Investigación

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

- ♦ Investigación fitofarmacológica
- ♦ Atención y servicios farmacéuticos
- ♦ Historia, epistemología y educación en las ciencias farmacéuticas
- ♦ Diseño y producción de biológicos
- ♦ Investigación biofarmacéutica

Para mayor información dirigirse a:

Dra. LAURA CASTRILLÓN RIVERA

Coordinación de la Maestría en Ciencias Farmacéuticas

Calz. del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Coyoacán, 14340 México, DF.

Teléfono y fax: 54 83 73 53