

Estudio del desempeño de residentes médicos por abordaje de variables poco exploradas: enfoque inicial en el capital cultural

DAVID D. BAÑUELOS R.*, ADRIANA GONZÁLEZ M.**, LEOPOLDO CASTRO C.***

RESUMEN

Introducción: Al presentar estudios acerca de la educación superior (ES) en cualquiera de sus modalidades y niveles en que ésta se da, pueden comprenderse en tres grandes categorías: maestrías, doctorados y especializaciones. Los estudios sobre ES pueden llevar algo de subjetividad, dependiendo de los enfoques epistemológicos o alguna otra postura, por ejemplo, los enfoques de género. La metodología para la implementación y análisis de estudios de ES no son uniformes, ni las corrientes epistemológicas en la formación de los residentes médicos que pasan por las aulas y otras instalaciones. En el caso de la enseñanza médica de posgrado, la matrícula parece irse feminizando con incremento en el número de estudiantes de sexo femenino y algo similar en las especialidades; la formación real se da en sitios hospitalarios conocidos como sedes hospitalarias. Por ser un tipo de educación con características especiales, poco se le ha estudiado y quedan aún aristas por explorar. **Objetivos:** En el presente estudio exploramos las diferencias subjetivas entre el capital cultural con la trayectoria escolar y desempeño de residentes médicos de acuerdo a género. **Material y Métodos:** Se emplea combinación de enfoques cuantitativos y cualitativos en 36 residentes, ambos géneros, con edad media 28,8 años, y se contrastan promedios en diversos momentos de su transcurrir contra capital cultural propio y de padres, y entornos. **Resultados y Conclusiones:** Se encontró relación directamente proporcional entre las variables estudiadas y un perfil medianamente predictivo. Las diferencias entre géneros son pequeñas y no significativas; la educación previa y el capital cultural sí marcan otras diferencias.

Palabras clave: Posgrado médico, capital cultural, diferencias.

SUMMARY

Study of medical residents performance by unexplored variables approach: initial approach in the cultural capital

Introduction: The studies about higher education (HE) in any of the modalities and levels in which this is taught are presented and can be divided into three big categories: masters, PhC and speciality. Studies about HE may be subjective, depending on epistemologic approaches or of any other kind, like gender approaches. The methods for initiating and analyzing studies of HE are not uniform and neither are epistemologic approaches in the formation of medical residents that go through the classrooms and other facilities. In the case of medical education, the students are more female, the population seems to be feminizing, and something similar is apparently happening in the medical specialties, like internal medicine and others. The real formation occurs in a hospital, named sedes or host hospital. Because the

Recibido: el 13/05/09, Aceptado: el 28/08/09.

* Médico Base. Reumatólogo Unidad Médica Alta Especialidad. Profesor ayudante de los cursos de especialización en Medicina Familiar y Medicina Interna. Instituto Mexicano del Seguro Social. Puebla, Pue., México.

** Profesor Investigador. Comisionada al Programa Universitario de Estudios Comparados y docente de la Maestría de Educación en Ciencias. ICUAP Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla, Pue., México.

*** Coordinador de la Maestría de Educación en Ciencias. ICUAP Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla, Pue., México.

nature of this type of education is special, it hasn't been studied thoroughly and there are still blank spots to explore. **Objectives:** In this study the differences between cultural capital, educational background and residents performance by gender are explored. **Materials and Method:** A combination of quantitative and qualitative studies are used in 36 medical residents, men and women, with an average age of 28.8 years and their own cultural capital, their parents' and that others who surround them. **Results and Conclusion:** It was found a directly proportional relation between studied variables and a mildly predictable profile. The differences between genders are small and non-significant. Educational background and cultural capital do mark differences.

Key words: Differences, medical residents, cultural capital.

INTRODUCCIÓN

Nuestra constitución política y otros muchos convenios y corrientes que ha suscrito nuestro país garantizan una educación sin distinciones, libre, gratuita, laica y obligatoria hasta ciertos niveles. Sin embargo, diversas circunstancias contradicen esta afirmación implícita en el artículo 3ero constitucional¹. Los usos y costumbres son una de las fuerzas que operan en este sentido. Las grandes transformaciones experimentadas por la educación en general y por la educación superior en particular operan a favor de cambios perceptibles y cuantificables para el campo de los estudios de educación². La educación superior (ES) corresponde a toda aquella que se da a nivel de licenciatura y la propia de los posgrados, la cual puede ocurrir en diversas modalidades. Estas modalidades comprenden 3 grandes categorías: maestrías, doctorados y especialidad³⁻⁵. Las universidades regionales pueden ofrecer otras posibilidades que se van diversificando y que corresponden a la situación de globalización y avances tecnológicos. Dentro de estas últimas posibilidades está la modalidad semipresencial, la educación a distancia con plataformas de multimedia, la modalidad de visita de profesores y otras más, que en nuestra opinión solo hacen incrementar la oferta de una manera cuestionable ante una demanda que es cada vez mayor⁵. Estos subtipos de posgrados comparten en lo general algunos objetivos, otros pueden ser diferentes o muy particulares, y por lo tanto, la metodología para su implementación puede también ser muy diversa. Las regiones del país implementan particularidades específicas. Y la particularidad de educación pública o privada también marca diferencias. Aún más, las diferentes corrientes de la pedagogía por las que se tenga afinidad, diversifican aún más la educación superior a nivel de los posgrados^{5,6}. Por ello mismo, una unificación y taxonomía de la ES, sus variantes y modalidades está lejos de alcanzarse debido a la diversidad de instituciones de educación superior (IES) que las ofrecen. En nuestro país, la ES, debe ser reconocida por una universidad o bien una institución de educación superior,

que es finalmente quien otorga el título o diploma correspondiente^{7,8}.

En el caso específico de la enseñanza médica de posgrado, el título final será otorgado por una universidad o una IES, pero el entrenamiento teórico-práctico que se conoce como residencia lo da una institución de salud, como IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), ISSSTE (Instituto de Seguridad Social al Servicio de Trabajadores del Estado), SS (Secretaría de Salud) u otras, incluyendo algunos hospitales particulares⁸. Los antecedentes de formación de especialistas médicos son remotos y algunos se pierden en el tiempo, pues no existen registros fiables, y se dio siempre en forma tutorial. La residencia médica formalizada, tiene sus antecedentes de origen en la Clínica Mayo de Rochester, Minnesota, EUA, fundada por los hermanos Mayo, donde se dan los primeros programas de entrenamiento en la forma que ahora conocemos como residencia médica y, en México, existen algunos registros de la historia de la medicina y las especialidades^{9,10}. Anterior a ello, la enseñanza era no sistematizada y dependía más de afinidades particulares y simpatía entre un médico experto "maestro" y su alumno que sería el futuro especialista.

Para nuestro país en particular, la residencia médica se instala en forma definitiva y enmarcada por la Ley General de Salud en 1986¹¹. Y es en este decreto donde se marca la necesidad de un reconocimiento oficial y válido de la especialización conocida como residencia que formalizará una IES. El entrenamiento propiamente dicho de la residencia se da en un hospital con características determinadas, con previo pase de un examen nacional (muchas veces cuestionado), certificado por una comisión interinstitucional, previo al ingreso y con la validez ulterior de un examen profesional y otros requisitos de acreditación que incluyen un número de cédula de especialista. Lo que queda en el intermedio de estas etapas inicial y final de la formación de los futuros especialistas, es un periodo de entrenamiento no uniforme, debido a circunstancias como características de los profesores, instalaciones, las actitudes, los enfoques, las posibilidades de desarrollar habilidades prácticas y otros

imponderables muchas veces no cuantificables ni estudiados^{12,13}.

Al estudiar la residencia médica, de acuerdo a las diferencias entre los géneros, el número de los que ingresan varía de año a año y se rige por algo más que la ley de la oferta y la demanda, pues la desproporción entre ambas (oferta-demanda) se incrementa año con año. Aunque se reconozca la "feminización de la matrícula", existe subjetividad en el abordaje de este fenómeno. La oferta de plazas, por ejemplo, depende de requerimientos específicos de las instituciones, del país, o cuestiones macroeconómicas y otros imponderables donde tal vez lo importante no sean las necesidades reales de investigación, asistencia, cobertura de sectores de la población y otras variables más. La planeación de las plazas y los lugares a ofrecer no es totalmente transparente y todos los criterios empleados no son públicos o accesibles. En cuanto a la permanencia de los médicos en entrenamiento puede también variar, pero es un hecho que pocos desertan o no concluyen su periodo de entrenamiento, a diferencia de los otros niveles de la educación, principalmente la básica y media, donde la deserción es común y un fenómeno más estudiado¹²⁻¹⁴.

Lo arriba enunciado enmarca el terreno de la formación de los médicos especialistas, en diversas sedes, con corrientes, enfoques y posturas pedagógicas diferentes y donde también se da el currículo oculto. No es fácil estudiar la educación médica: hay pocos enfoques epistemológicos sobre la educación médica, aunque existen excelentes análisis de las corrientes educativas^{13,15}. La enseñanza, evaluación y programas de aplicación en los diferentes centros de formación médica son diversos, lo que ocasiona que las habilidades finales y el desempeño en la mayoría de ocasiones sean no homogéneos y poco estudiados.

Las diferencias de género se dan por sentado para algunas profesiones. Para la perspectiva científica y la investigación educativa esto sólo deberá hacerse con sustento. Existen pocos estudios que nos llevan a incluir el estudio de las diferencias, más allá de la subjetividad; ahora nos enfocamos el estudio de diferencias por género y por capital cultural en el desempeño de la residencia médica. Para nosotros es una variable importante en el devenir de los sujetos en forma general, en muchas poblaciones y en muchas áreas de conocimiento, y ahora, en forma particular, en el quehacer cotidiano y en la formación médica. Adicionalmente abordaremos las trayectorias escolares (TE), consideradas éstas como el recorrido que ha llevado un estudiante o grupo de estudiantes, como el seguimiento puntual de sus momentos escolares, como otro de los enfoques para abordar las probables diferencias en el desempeño del complejo proceso de la educación y de la formación profesional que se

pueda relacionar con variables como el género¹⁶.

Considerando que no existen estudios previos que contrasten y relacionen la formación previa, el capital cultural y analicen el desempeño de acuerdo a los géneros, en grupos de residentes médicos que aún están en formación, planteamos este primer estudio exploratorio cuyo objetivo es estimar la asociación entre ambas variables.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente reporte, forma parte de un estudio más amplio que se efectuó en uno de los hospitales sede de la residencia de especialización médica en Puebla, Pue, México, en el IMSS donde concurren residentes del propio hospital y residentes de medicina familiar que, como parte de su programa de entrenamiento, tienen que transitar por el área de reumatología y otras áreas de especialidad. El tipo de muestreo fue conveniente y comprendió 36 sujetos en periodos de rotación. Cada rotación es de un mes calendario y los sitios de proveniencia de los residentes corresponden a dos unidades de medicina familiar (UMF) que por sus siglas son UMF 02 y UMF 06, en el periodo comprendido del 03 de enero del 2009 al 03 de abril del 2009. Se emplearon recursos propios del investigador, las instalaciones del hospital de especialidades (Unidad Médica de Alta Especialidad) y los registros de los archivos del departamento de enseñanza correspondientes. No existió financiamiento externo ni hay conflictos de interés. Se diseñó un instrumento ex profeso que incluyó ítems sobre datos demográficos, trayectoria escolar, capital cultural, percepción de satisfacción, valoración de capacidades resolutivas, afectivas, conceptualizaciones teóricas de aprendizaje médico y otras áreas más que se manejan en una presentación por separado. El instrumento fue validado por una fase de consenso inicial entre personal experto de las áreas educativas, posteriormente se sometió a consenso y validación AGREE¹⁷ (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation) en rondas, hasta llegar a un acuerdo superior al 80% en los ítems, redacción y presentación.

Una vez superada esta fase, se efectuó prueba piloto en dos rondas con un grupo que no fue re-expuesto al cuestionario, sólo para validar factibilidad, temporalidad en aplicación del cuestionario, o reconsiderar redacción previo al corrimiento de la aplicación del instrumento. Los criterios de inclusión fueron residentes médicos inscritos en el programa de entrenamiento de los hospitales y UMF seleccionadas, que aceptasen participar en el estudio y otorgasen su consentimiento, garantizándoles a todos los participantes la confidencialidad de los datos y sin que esta actividad interfiriera con las actividades académicas habituales ni con la

evaluación.

Se excluyeron a residentes del primer año de entrenamiento, o bien, que cursaran con periodo vacacional, que no aceptasen participar en el estudio, o por último, que en los siguientes meses rotaran por campo, siendo por ello de localización difícil.

A los residentes de los hospitales y UMF seleccionadas se les evaluaron habilidades y destrezas, mediante grado de conocimiento de habilidades y maniobras que se espera realicen de acuerdo al grado académico, y se les solicitó contestasen el cuestionario, instrumento foliado, en horario laboral. El cuestionario final constó de 116 reactivos, con preguntas cerradas y abiertas distribuidas por categorías, por ejemplo: antecedentes demográficos, antecedentes escolares, capital cultural, antecedentes familiares, nivel social y económico. El protocolo se registró en el departamento de enseñanza e investigación y ante el comité de ética correspondiente. Empleamos estadística descriptiva con las mediciones de media, moda, desviación estándar, porcentajes, rangos, y otros estimadores, más pruebas de correlación y regresión y prueba de χ^2 con corrección Mantel y Haenszel para estimación de las diferencias en la variable de desempeños de acuerdo con género masculino o femenino. Además, un análisis de Varianza para estimación de diferencias entre los diferentes promedios de la trayectoria escolar. Efectuamos un análisis de Bernoulli para probabilidad de acuerdo con género.

En el período planeado para la realización del estudio, comprendido de los meses de enero a abril del 2009, rotaron 3 grupos de residentes médicos de las especialidades de medicina interna y medicina familiar de las sedes contempladas. Todos cumplieron satisfactoriamente los criterios de inclusión y

exclusión propuestos y la aplicación de los cuestionarios no interfirió con las actividades habituales formativas. Todos otorgaron su consentimiento y no existieron inconvenientes por los departamentos de enseñanza e investigación ni ocurrió ningún otro contratiempo. La prueba piloto igualmente fue satisfactoria y permitió corregir redacción en tres ítems. Después de la prueba piloto ya no hubo ninguna otra adecuación del instrumento.

RESULTADOS

Dado que el estudio fue amplio, hemos fraccionado los resultados para dos presentaciones, por el gran número de reactivos, variables y categorías analizadas. En esta primera parte nos enfocamos a las posibles diferencias por género de los residentes médicos.

Participaron 36 residentes, 20 mujeres y 16 hombres. La edad entre ambos géneros no mostró diferencia que pudiera estimarse significativa (mujeres $28,8 \pm 4,28$ vs varones $29,5 \pm 3,39$). En cambio, el estado civil sí mostró diferencias, pues el doble de las mujeres son solteras en relación al mismo estado de los varones ($p < 0,005$). En cuanto al lugar de origen hubo un predominio de los estados del centro de la república y se encontró proporcionalidad mayor sólo en forma ligera para procedencia de una universidad pública en la licenciatura, aunque en los ciclos previos se tienen orígenes mixtos que combinan educación pública y privada. Con todo, predomina la pública sobre la privada. Estas dos diferencias mostraron alguna significancia con valor de $p \leq 0,005$. La Tabla 1 muestra en forma concentrada estos resultados. El estado civil no jugó ningún papel en el desempeño

Tabla 1. Características demográficas principales de 36 residentes Médicos e intento de ingreso a la residencia

Variable estudiada	Mujeres	Varones	Diferencia	Significado
Edad (años)	28,8	29,5	$p < 0,05$	NS
Estado civil	Casadas 4 Solteras 14 U libre 1 Divorcio 1	Casados 4 Solteros 4 U libre 4	$p < 0,005$	Diferencia estimable
Trayectoria escolar previa	Escuela pública 12 Escuela privada 4 Educación mixta 4	Escuela pública 13 Escuela privada 2 Educación mixta 1	$p < 0,05$	NS
Intento de ingreso a la residencia	1 n = 16 2 n = 02 3 n = 02	1 n = 8 2 n = 6 3 n = 2	$p < 0,005$	Diferencia significativa

NS = no significativo

Tabla 2. Capital cultural en diferentes indicadores en relación a desempeño de residentes médicos según género

Variable estudiada	Mujeres	Varones
Hrs. lectura textos médicos por día	2,0	1,0
Libros leídos, no relacionados con la carrera médica por mes	2,5	1,5 cada 3 meses
Hrs. consulta Internet por día	2,0	1,0
Eventos culturales por mes	1,5	1,0
Promedio calificación 2do año residencia	9,6	9,0

Tabla 3. Trayectoria escolar expresada en promedios en diferentes niveles escolares de residentes médicos

	Nivel básico	Secundaria	Bachillerato	Licenciatura	Ingreso residencia	3er año
Mujeres	9,7	9,8	9,5	9,3	7,4	9,0
Varones	8,9	9,0	9,0	8,9	7,0	9,6

escolar y TE, sin preferencias culturales, recreativas y deportivas.

En cuanto a satisfactores económicos, éstos se encuentran en niveles altos, con posesión de auto (uno en promedio), PC (más de uno), celular y laptops, instrumentos digitales. Existe tendencia incrementada a utilización de Internet por mujeres y en menor grado, consulta de bibliotecas. El promedio de lectura de libros distintos a la carrera es de 2,5 por mes en las residentes mujeres con promedios más altos, y es de 1 cada 3 meses en varones que obtienen las calificaciones más bajas. Existen diferencias por género en el tipo de lecturas: novelas y suspenso, como más comunes, y política, historia y cultura en forma más selectiva para aquellos con mejor desempeño. El interés por fenómenos internacionales es mayor para las mujeres. En la Tabla 2 mostramos algunos de los valores encontrados.

En cuanto a la trayectoria escolar, las calificaciones de primaria y preparatoria o bachiller, no guardan relación con el desempeño ulterior ($p \leq 0,1$), y son las mujeres quienes mejor se desempeñan en niveles básicos. En la Tabla 3 mostramos la TE expresada en promedios escolares. La selección de la licenciatura de medicina como primera opción, la tradición familiar o la influencia cercana (por rama paterna) sí correlacionó con un mejor desempeño. La calificación del examen de admisión no fue del todo predictiva de un desempeño posterior, pues por ejemplo, los varones obtienen una puntuación de 46,2 en el examen de admisión y un promedio al momento de la evaluación de 9,3, en tanto que las mujeres ingresan con una puntuación mayor (55,2) pero su puntuación al momento de la evaluación es ligeramente inferior que las de los varones (al segundo año de residencia).

En cuanto al capital cultural y relación con an-

tecedentes familiares, los que tienen ambos padres profesionistas y uno o dos hermanos profesionistas mantienen promedios altos y se interesan por áreas de mayor detalle y subespecialización. Ser la primera de la familia se relaciona más con buen desempeño. Las mujeres que están en este orden de nacimiento, igualmente manifiestan interés por otras áreas y disciplinas.

DISCUSIÓN

El estudio no subjetivo de las diferencias en desempeño de residentes médicos, que pudiesen estar relacionadas con género es poco explorado. Las afirmaciones a priori no son aceptables para una perspectiva científica y para los estudios de educación. En la educación superior de áreas y disciplinas como la medicina y la formación de residentes médicos existen aún aristas poco exploradas y ahí enmarcamos las diferencias no objetivas, las cuales consideramos necesario minimalizar a través de estudios válidos. En nuestro estudio confirmamos la tendencia a la feminización de la matrícula de la especialización médica, pues el número de residentes médicas rebasa al número de varones (20 vs 16), donde no hay sesgo, pues en tres meses consecutivos se conformó la muestra. El estado civil sí fue claramente diferenciado entre ambos géneros pero no influyó de manera demostrable en el aprovechamiento. Aquí las teorías sociales no se cumplen, ni la edad, por su poca diferencia (28,8 para mujeres vs 29,5 para varones), guardó relación con el desempeño. Sin embargo, cuando la edad se analiza con relación al ingreso a la residencia, sí se asocia, pues las mujeres lo logran a edad más temprana, lo que también se vincula con un mejor desempeño en los ciclos escolares previos. La Tabla 3

muestra la trayectoria escolar por géneros y se observa esa tendencia. Esta afirmación es válida hasta el primer y segundo año de la residencia, pues en el 3er y 4º (al final de la misma) los varones aventajan a las mujeres y aquí sí ya juegan su papel las teorías sociales, la movilidad social y otras de competencias. Las TE de las residentes mujeres muestran un mejor desempeño en todos los niveles escolares hasta el segundo año; sin embargo, en el 3er año, cerca ya del fin de la residencia los hombres inician un ascenso. Esto puede deberse a un cambio motivacional relacionado con la perspectiva de la cercanía del egreso y la necesidad de incorporación al mercado laboral.

Ser la primera de la familia, esto es, ocupar el lugar de la primogenitura y tener antecedentes familiares de profesión médica se relaciona igualmente con un buen desempeño. Estos son los resultados más relevantes encontrados en nuestro estudio, que queremos resaltar y consideramos necesario explorar aún más las probables diferencias que se dan en el desempeño dentro de la formación

de residentes médicos. La carrera médica se ha ido transformando, al igual que la educación superior, y una visión superficial da apreciaciones subjetivas. Estudios bien llevados, que cuantifiquen adecuadamente las diferentes fases del proceso de formación y los resultados finales, son necesarios. Este es un estudio inicial con enfoques combinados. Estudios previos con otros enfoques¹²⁻¹⁵ no explican ni resuelven lo que puede ser de fondo diferente, como la formación previa, el capital cultural y el probable papel del género en diferentes momentos. Nuestros resultados sugieren esta conclusión preliminar, aunque reconocemos las limitaciones y alcances por el número de muestra, la temporalidad del estudio, pero la medición transversal ha sido consistente con otros resultados obtenidos por nuestro grupo en otras poblaciones.

De confirmarse esta tendencia (de que el capital cultural sea parte consistente en logros específicos en la formación de especialistas médicos, por ejemplo) valdría la pena su reforzamiento, en conjunto con otras técnicas y corrientes pedagógicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Últimas reformas publicadas el 04.mayo.2009. Disponible en: www.cddhcu.gob.mx. [Consultado en mayo 2009].
2. Kent R. La regulación de la educación superior en México: Una visión crítica. México ANUIES, 1995.
3. Rangel-Guerra A. Glosario de educación superior. SEP ANUIES. México, 1998 p 30.
4. ANUIES. La educación superior en el siglo XXI. Líneas estratégicas de desarrollo. Una propuesta de la ANUIES. México ANUIES, 2004. Tercera reimpresión.
5. Brunner J. Universidad y sociedad en América Latina. México: UAM-Azcapotzalco, 1987.
6. Viniestra L. La investigación en la educación. Papel de la teoría y la observación. México, 2da Ed IMSS, 2000.
7. Gómez VM. Educación superior, mercado de trabajo y práctica profesional. Colección Pensamiento Universitario. México: CESU. UNAM, 1983.
8. Convocatoria Examen Nacional de Residencias Médicas 2009. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/educacion/res_2009 [Consultado en mayo 2009].
9. Historia de la medicina. El surgimiento de las primeras residencias médicas en México. Disponible en: <http://www.fmposgrado.unam.mx/division/historia/Historia.htm>. [Consultado en mayo 2009].
10. Un poco historia. Clínica Mayo, Rochester Mn USA. Disponible en: <http://www.deisidro.com/lugares/mayo/mayo.htm>. [Consultado en abril 2009].
11. Ley General de Salud. Decreto presidencial 1986. Diario oficial de la federación. México. Últimas modificaciones, 2004.
12. Reglamento de médicos residentes en período de adiestramiento en una especialidad. Contrato colectivo de trabajo 2007-2009. IMSS-SNTSS, p 389-396.
13. De J Benavides-Caballero, Insfrán Sánchez MD, Viniestra-Velázquez L. La evolución de la formación docente en el área de la salud. Rev Med IMSS 2006; 44(2): 105-112.
14. Pérez LF. Los factores socioeconómicos que inciden en el rezago y la deserción escolar. En Deserción, rezago y eficiencia Terminal en las IES. Propuesta metodológica para su estudio (pp 97-112) México. ANUIES Colección Biblioteca de la Educación Superior, 2001.
15. Salamon M. Panorama de las principales corrientes de interpretación de la educación como fenómeno social. Perfiles Educativos 1980; 8: 3-24. Universidad Autónoma de México. Ficha de la cátedra 1999.
16. González-Martínez A. Seguimiento de trayectorias escolares en la LEMO de la BUAP. Cohorte 1993. México ANUIES. Colección Biblioteca de la Educación Superior.
17. Evaluación de Guías de Práctica Clínica AGREE instrumento. Disponible en: www.agreecollaboration.org. [Consultado en agosto 2009].

Correspondencia:

David D. Bañuelos Ramírez
 Instituto Mexicano del Seguro Social. Puebla, Pue., México.
 E-mail: davra43@yahoo.com
 Adriana González Martínez
 ICUAP Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla, Pue., México.
 E-mail: cielorojo5760@yahoo.com.mx
 Leopoldo Castro Caballero
 ICUAP Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla, Pue., México
 E-mail: lcastro@siu.buap.mx