

1786 53
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
COLEGIO DE PEDAGOGIA

TESINA.

Nº Bº *M. del Rosario Salinas Cuéllar*

IDENTIFICACION DEL PAPEL DEL ALUMNO Y EL DOCENTE EN UN SISTEMA DE EDUCACION MODULAR

V. bo
M. del Rosario Salinas Cuéllar

Ma. del Rosario Salinas Cuéllar.



FACULTAD DE FILOSOFIA
Y LETRAS
COLEGIO DE PEDAGOGIA
COORDINACION



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Introducción.

I. Algunas consideraciones en torno a la Planificación de la Salud,	1
1. Diagnóstico de Salud en la Población Mexicana,	2
2. Antecedentes Históricos sobre la Salud y la Seguridad Social	17
3. Necesidad de consolidar una Cultura Política de Salud,	28
3.1. Proceso Salud - Enfermedad.	
3.2 Organización de los Servicios Médicos	
II. La Planificación de la Educación Superior con base en las Necesidades Sociales del País,	34
2.1 El papel de la Universidad y su relación con la Sociedad	34
2.2 La práctica educativa en la formación del Médico. Una relación problemática	39
2.3 Demanda en educación Médica	43

III. El Plan de Medicina General Integral, Una Innovadora alternativa para la Enseñanza de la Medicina	46
3.1 Surgimiento del Plan de Medicina General Integral	47
3.2 Principales características y Fundamentos del Plan de Medicina General Integral	50
3.2.1 Propósitos	
3.2.2 Criterios en los que se sustenta la nueva propuesta.	
3.2.3 Principios en los que se basa el Plan.	
3.2.4 Conceptualización de la enseñanza modular dentro del Plan de Medicina General Integral.	
3.3 Organización y estructura académica del Plan de Medicina General Integral,	59
3.4 Esquema general del Plan de Medicina General Integral,	56
3.5 Estructura del Plan	68
3.5.1 Estructura diacrónica	
3.5.2 Estructura sincrónica	
3.5.3 Estructura de los módulos,	
3.6 Organización	74
IV. El papel del docente y el alumno en el PMGI	75

V. Descripción de la Investigación

1, Planteamiento del Problema	84
2, Objetivos	85
3, Hipótesis.	85
4, Determinación de la Muestra	86
5, Procedimientos del Estudio	87
6, Limitaciones del Estudio	88
7, Descripción de los Instrumentos	89

VI, Interpretación de los Resultados 92

Conclusiones 112

Bibliografía

Anexo I Escuelas que ofrecen actualmente Educación Médica en el país.

Anexo II Programas tendientes a formar médicos bajo una Innovadora Metodología de Enseñanza

Anexo III Modelos de Cuestionarios

Anexo IV Comportamiento de los Resultados.

INTRODUCCION.

La inquietud principal que tuve para llevar a cabo este estudio, fue el conocimiento de una serie de opiniones, informes, discursos, ensayos etc., en los cuales se dejan ver cuestiones importantes, tales como el señalar que no obstante, de que en nuestra Universidad, al igual que en muchas otras instituciones de Educación Superior del país, recientemente se han suscitado cambios institucionales significativos, tanto en sus organizaciones como en el diseño y estructuras curriculares ; los cambios que han predominado en la mayoría de ellas, se han caracterizado como limitados y coyunturales, ya que se aprecia una mínima consistencia en cuanto a la detección y conocimiento de necesidades sociales prioritarias y en la formación de recursos profesionales para satisfacerlas.

Los recursos humanos en formación, por lo general, han sido orientados y se caracterizan por una gran dispersión en los objetivos, contenidos y resultados, Así mismo, se recono

ce que son realmente pocas las instituciones que parten de un análisis de su papel dentro de la estructura política, económica y social de la población para poder llegar a proponer y precisar las carreras y los currículas correspondientes.

En general, subyace una imprecisión respecto a la realidad social del país y del tipo de profesional que se necesita. Se parte en gran medida de supuestos, ya sea implícitos o explícitos de lo que debe ser y saber hacer el egresado de estudios superiores.

Considerando estas perspectivas, crecía aún más el interés por investigar si había, y --- cuáles eran las respuestas concretas de una institución como la UNAM ante la presencia de este cúmulo de situaciones.

Investigando y recabando información, pude encontrar, - entre otras cosas -, la existencia de un sistema de educación modular, dentro de la Facultad de Medicina , el cual se ofrece paralelamente al plan de estudios de esta carrera que ha estado vigente durante algunos años.

Esta nueva propuesta nominada Plan de Medicina General Integral (A-36), es una alternativa que trata de innovar no sólo la metodología de enseñanza adoptada desde hace largo tiempo en nuestro sistema educativo, sino que propone un cambio tanto en el proceso enseñanza - aprendizaje, así como en todos aquellos elementos que se encuentran inmersos dentro de toda una propuesta educativa.

Detectada la presencia de este plan en nuestra Universidad, mi inquietud giró en torno a analizar e identificar si realmente se había generado un cambio conforme a lo postulado en el Plan de Medicina General Integral, pero sólo en dos de los elementos que consideré los más importantes e indispensables en todo proceso educativo, el docente y el alumno.

Es por este motivo y teniendo como objetivo el identificar el papel del docente y el alumno en un sistema de educación modular, me dí a la tarea de realizar esta investigación, - misma que se abordó de la siguiente manera.

En el primer capítulo se da a conocer la manera en la cual se ha ido consolidando el sector salud a lo largo de nuestro tiempo, la forma en la que se organiza la prestación de los servicios médicos en nuestra sociedad, así como también se muestra un diagnóstico general de salud de la población mexicana. La presentación de esta información, tiene como propósito dejar ver, en un primer momento, la evolución tan contrariada que ha tenido el sector salud, la cual se refleja hasta cierto punto, tanto en el estado de salud de la población; en la prestación de servicios, así como en la necesidad que se tiene de encontrar recursos humanos precisos para satisfacer demandas concretas de asistencia.

Detectada la necesidad que existe en el sector salud de nuestra población para satisfacer las crecientes demandas de una sociedad, se puntualiza en el segundo capítulo el papel que juega la Educación Superior como generadora de recursos profesionales acordes a necesidades reales, además se muestra de manera más específica cómo es que se ha ido dando la práctica educativa en la formación de los recursos del sector salud.

Posteriormente en el capítulo tercero, se da a conocer la propuesta educativa que da la UNAM para formar recursos médicos que logren vincular - en mayor medida -, su saber profesional con las necesidades reales de la población. En la presentación de este plan, se trata de mostrar el surgimiento de esta propuesta, sus principales características y fundamentos, sus propósitos, criterios y todos aquellos elementos que logran ubicar a un plan de estudios dentro de un contexto institucional.

En el cuarto capítulo, se especifica cuál sería el papel del docente y del alumno dentro de un plan de estudios de esta naturaleza. Cabe mencionar que la descripción de toda una serie de características, sólo se presentan en una forma ideal.

En el quinto y sexto capítulo, es donde se encuentra la investigación de campo que se realizó para poder llegar a identificar el papel y la postura del alumno y el docente en el Plan de Medicina General Integral.

Finalmente se dan a conocer las conclusiones obtenidas al considerar tanto el marco conceptual de este trabajo, así como, los resultados de la investigación de campo.

Es propicio este espacio para señalar, que, en ningún momento, esta investigación pretende dar un juicio único e irrefutable de la situación de estos dos elementos dentro del Plan de Medicina General Integral, sino que intenta ser un estudio que despierte la inquietud de otras personas para iniciar el conocimiento más profundo de esta innovadora alternativa de estudios, así mismo, desea conocer todas aquellas aportaciones que logren enriquecer esta investigación.

... " La salud y la enfermedad son resultado de un proceso dialéctico que obedece a las interacciones ecológicas entre el hombre y su ambiente. Pero el ambiente con el que él interactúa no es la naturaleza intocada sino la transformación que ésta ha experimentado como consecuencia del trabajo humano y de la organización social. Esto hace que las instituciones estén determinadas por factores económicos, históricos y sociales de los que emerge una vasta raigambre política del proceso ..." (1)

(1) LOPEZ, Acuña Daniel. La Salud desigual en México. p.242.

I ALGUNAS CONSIDERACIONES EN TORNO A LA PLANIFICACION DE LA SALUD

Conocer aspectos relativos al campo de la salud en una sociedad, no sólo implica dirigir la atención a cuestiones tales como la tasa de natalidad, índice de mortalidad y morbilidad, - distribución de asistencia médica en cada región, cuadros básicos de alimentación o hacia - el propio proceso salud-enfermedad, sino es necesario adentrarse a revisar aspectos referentes a la organización económica, política, cultural, educativa, etc., de la sociedad que se torna interesante para analizar. Considerar cada uno de estos aspectos y relacionarlos con los problemas de salud y la organización que los sustenta, permite explorar, identificar y conocer el grado de desarrollo y bienestar que se presenta en una población.

Cabe mencionar que el análisis y la conjugación de los anteriores factores, permite mostrar hechos importantes como es la manera en la que son enfrentados los fenómenos de salud en un país. ligados indiscutiblemente con las condiciones generales de vida de la población y de la base económica y social que los sustenta.

1. Diagnóstico de la Salud en la Población Mexicana. *

El problema de la salud supone por un lado, el análisis de las causas y mecanismos que provoca el deterioro o destrucción del organismo humano y además los factores sociales que inciden en los niveles de salud alcanzados entre la población.

Innumerables investigaciones han demostrado que :

- el proceso salud-enfermedad está determinado por las condiciones materiales de vida, las que a su vez dependen del grado de control que haya alcanzado el hombre sobre la naturaleza, y por el grado de igualdad en la distribución de los beneficios que de ellos se derivan. Entre los factores más relevantes que configuran las condiciones de vida de la población se encuentra: la alimentación, la educación, las condiciones de trabajo y de higiene escolar, la vivienda ;
- los servicios preventivos y asistenciales no personales y de carácter público constituyen en mayor medida el abatimiento de los riesgos de la enfermedad que aquellos de carácter personal orientado específicamente al aspecto biológico. La eficiencia de estos últimos está condicionada por la calidad del habitat de la población que atiende.

La Salud y la Enfermedad en México.

- Esperanza de vida y mortalidad general.

* Este diagnóstico es producto del análisis del trabajo de investigación " Necesidades Esenciales en México, Situación Actual y Perspectivas al Año 2000 ". Vol. 4, Ed. 1983, COPLAMAR - Colegio de México.

Se trata de dar un enfoque al problema de la salud, sin reducirlo a sus aspectos biológicos. Se completa esta información con datos de la Secretaría de Programación y Presupuesto.

Si bien la esperanza de vida ha ascendido con rapidez y la mortalidad general ha descendido a ritmo sostenido, los valores actuales de estos indicadores señalan que la salud de los mexicanos se encuentran aún muy por debajo del nivel que el grado de desarrollo del país permitiera ofrecer a toda la población. Además, el "perfil de las principales causas de defunción sólo ha tenido cambios menores durante los últimos 25 años, y en su mayoría los problemas de salud siguen siendo los mismos desde 1950". (2)

La inequitativa distribución del ingreso y la coexistencia de altos niveles de vida en un sector reducido de la población con niveles graves de marginación en la mayoría, explica por qué, porciones importantes de la población tienen una tasa de mortalidad general similar a los que tenía el país en 1940.

- Mortalidad Infantil.

El número de muertes estandarizadas se reducen en el período 1950-1974 pero el porcentaje que representaba en relación con el total de la población infantil, se mantiene constante en un 30% aproximadamente. Este hecho podría reflejar la ausencia de esfuerzos específicos para disminuir la mortalidad infantil.

Si se le considera por entidades federativas, ofrecen diferencias aún mayores que las de mortalidad general. En 1974 la tasa de mortalidad infantil era de 46.6 por cada 1000 nacimientos vivos registrados (NVR); para Quintana Roo y Sonora era de 19.1 y 22.9 respectivamente. En cambio, el Estado de México tenía una tasa de 76.8 y el de Tlaxcala 77.9. Hay que destacar que las estadísticas sobre mortalidad infantil son poco confiables.

La desagregación de la mortalidad infantil en sus componentes neonatale (0 - 28 días), y posneonatal (28 - 365 días), muestra que a diferencia de los que ocurre en países -- con bajos niveles de mortalidad infantil, la neonatal no es la que tiene mayor peso sino la posneonatal (61%). La mortalidad infantil aumenta a medida que se expone al niño a los riesgos del medio social.

- Mortalidad Materna.

La tasa de mortalidad materna sigue una tendencia de descenso similar a la de la mortalidad en general y a la infantil. La composición de esta tasa demuestra que la categoría referida a complicaciones de embarazo, parto y puerperio, en promedio abarca el 50.6% de todas las defunciones. Asimismo, se puede observar una leve tendencia al ascenso de la proporción de defunciones por aborto: en 1970 era de 5.4% y en 1975 de 6.2%. Similar -- tendencia sigue las toxemias, con un 12.9% en 1970 y 15.6% en 1975.

A pesar del subregistro, el aborto fue en 1975 la cuarta causa de mortalidad materna --- (0.07 defunciones de madres por 1000 NVR) (3). La distribución social del aborto ocurre entre mujeres de edad fértil de todos los sectores sociales; no obstante, la frecuencia de las complicaciones sigue una pauta diferenciada, siendo más frecuente entre aquellas mujeres de escasos recursos y bajos niveles de educación.

La tipificación del aborto como delito en los códigos penales, obliga a recurrir al aborto clandestino que se realiza en pésimas condiciones de sanidad y seguridad, sobre todo entre los sectores de bajos recursos.

- Mortalidad preescolar y escolar (1 - 4 años) y (5 - 14 años).

Ambas tasas han descendido entre 1950 - 1974. Para este último año, la preescolar representó el 16.4% y la escolar el 31%. En los preescolares, al igual que en la mortalidad infantil, las gastroenteritis y neumonías ocupan los primeros lugares. Para --- 1974 en el grupo escolar, la primera causa de mortalidad infantil era la muerte violenta, 26% del total de defunciones de este grupo. El llamado síndrome del niño maltratado refleja en parte este fenómeno.

- Las avitaminosis y otras deficiencias nutricionales constituyen la cuarta causa de --- muertes entre preescolar y la sexta en escolar. En efecto, las encuestas nutricionales efectuadas por el Instituto Nacional de Nutrición, desde 1963 a 1974 sobre esta población infantil, indica la prevalencia de signos de desnutrición avanzada, que constituye el cuadro básico de enfermedades posteriores.

- Mortalidad en edad productiva (15 - 64 años).

Entre los 15 y 64 años, en México muere el 36.2% de la población masculina y el 27.6% de la femenina. Este grupo globalmente considerado, muestra desde 1950, un descenso en el número estandarizado de muertes. Sin embargo, en términos relativos al porcentaje de muertes se eleva de 26.2% en 1950 a 28.9 en 1976. (4)

(4) COPLAMAR - Colegio de México. op. cit. p.91 - 97.

Estadística Poblacional. SSP 1970-1980. Manual de estadística básica sociodemográficas. III. Salud, 1978. Población: Consejo Nacional de Población.

El análisis de las causas específicas de defunción muestra que en 1975, para los grupos de 15 - 24 y de 25 - 44 años las muertes violentas constituyen las primeras causas. -- Las otras causas de importancia en estos grupos son : infecciones respiratorias y neumonías, tuberculosis y cirrosis hepática. La cirrosis hepática causa en 1975 el 0.5% de las muertes en el grupo 15 - 24 (ocupa el 12º lugar); en el grupo de 25 - 44, ocupa el 3º lugar y en el de 45 - 64 contribuye con el 8% de muertes registradas. (5)

Esta enfermedad como resultado de la combinación de la mala alimentación y del alcoholismo crónico se indica desde edades tempranas y tiene una causalidad social. Las enteritis y otras enfermedades diarreicas ocupan en 1975 el 5º, 7º y 10º lugar de los grupos de 15 - 24, 25 - 44 y 45 - 64 años, respectivamente. (6)

- Mortalidad Laboral. (7)

Para 1976 el mayor porcentaje y la tasa más elevada de mortalidad estaba en el grupo de 18 - 37 años. Conforme avanza la edad, los factores de riesgo disminuyen notablemente. Además de ser mayor el riesgo laboral cuando el trabajador es joven, el trabajador manual industrial y de transporte entrañan los riesgos más altos. Estas actividades aportaron el 83% de la mortalidad laboral tanto en 1970 como en 1976.

Los riesgos laborales han ido constantemente en ascenso. Entre 1958 y 1976 se elevaron en un 23%. La tasa de accidentes aumentó en 22.8% y las enfermedades laborales en un -

(5) Ibidem.

(6) Ibidem.

(7) COPLAMAR - Colegio de México. op. cit. 97 - 105. Estadística Poblacional. 1970-1980 Manual de estadísticas básicas sociodemográficas. III. Salud, 1978. Población: Consejo Nacional de Población.

127.8%. Este levado incremento puede estar asociado a un importante aumento en las actividades económicas de alto riesgo para la salud.

Las incapacidades debido a riesgos laborales significan 8.3 millones de días que se dejaron de trabajar en 1976 y por lo que el IMSS ha pagado subsidios por 836 millones de pesos equivalentes al 15.3% de las erogaciones totales por prestaciones de dinero.

Los riesgos de trabajo registrados por el IMSS que produjeron incapacidad permanente de 1969 a 1977 revela un incremento anual del 6.5%. En 1977, el 87.7% de las incapacidades permanentes se debió a accidentes de trabajo, el 7.2% a enfermedades laborales y el 5.1% a accidentes de tránsito.

Debe señalarse la escasa disponibilidad de servicios de fisioterapia y rehabilitación para atender a la población que sufre incapacidad. Se estima que el número de servicios de este tipo está muy por debajo de las necesidades y que además se concentra en la Ciudad de México.

- Mortalidad por enfermedad transmisible. (8)

La prevención de las enfermedades transmisibles en México tienen su origen en la falta de saneamiento, en los deficit de agua potable y vivienda y la escasa educación higiénica. Frente a esta situación resalta la pobreza de las acciones realizadas. No se co-

(8) COPLAMAR - Colegio de México. op. cit. 105 - 112.

noce la magnitud real del problema puesto que no se cumple la disposición legal de notificar. Existe una deficiente infraestructura física de laboratorios de salud pública, de vigilancia y control de vivienda, alimentación, etc..

- Contaminación Ambiental.

Agua.- No se podrán tener avances significativos en la salubridad en general, mientras no exista acceso universal al agua potable entubada dentro del hogar (OMS - ONU). En la República Mexicana, la enteritis y otras enfermedades diarreicas siguen ocupando el segundo lugar como causa de mortalidad; la falta de agua, el consumo de ésta y de alimentos contaminados son los factores determinantes de la permanencia de esta patología; otros dos factores son los depósitos inadecuados de desechos humanos y el fecalismo al aire libre, característico del medio rural y de los cinturones de miseria en las grandes ciudades. La escasez de agua potable y las dificultades para tener acceso a ella, llevan al riesgo de problemas gastrointestinales. Estas enfermedades participaban con un 12% en la tasa de mortalidad general para 1974. En 1978, el IMSS y la SSA registraron 7000 casos de tifoidea, 108 mil de otras salmonelosis y 3.5 millones atribuibles a enfermedades infecciosas intestinales.

Suelo.- Su contaminación es tan grave como la del aire y del agua. Además de la destrucción de la selva, (sobre todo en el Sureste de México), se suma el proceso de desertificación. El uso mal planeado de las aguas de riego ha provocado que las superficies antes fértiles se vuelvan improductivas.

A esto debe sumarse :

- a) La liberación de ácidos naturales del subsuelo y la explotación de minas que convierten en estériles grandes superficies ;
- b) los desechos sólidos producidos por la actividad económica que se concentran en tiraderos a cielo abierto y
- c) la escasez e ineficiencia de servicios de recolección y transformación de la basura. Si bien la SSA es la responsable de establecer la legislación al respecto, los gobiernos estatales y municipales son los encargados de aplicar estas normas y establecer los mecanismos permanentes. Sin embargo los datos indican la baja efectividad de dichas acciones.

Las respuestas al proceso salud - enfermedad. (9)

Servicios no personales. La SSA presta a toda la población servicios no personales. Sin embargo, el diagnóstico de esta situación es el siguiente :

En México el proceso de explotación, a veces irracional, de los recursos naturales y la industrialización acelerada, ha conducido a una gran contaminación ambiental que afecta aguas, suelos y atmósfera. La escasez de recursos humanos y la ausencia de organización en la población, ha dado lugar a que no prosperen las acciones para atender o controlar esta situación.

(9) COPLAMAR - Colegio de México. op. cit. p113 - 194. Estadística Poblacional SPP. 1970- 80
Manual de estadísticas básicas sociodemográficas. III. Salud, 1978. Población:
Consejo Nacional de Población.

El control de la higiene de los alimentos y bebidas es deficiente. Parte de la labor se basa en la expedición de una tarjeta sanitaria a los trabajadores de la industria y servicios alimenticios, cuyo único requerimiento es un análisis fecal de resultados negativos y un certificado médico. A la escasa vigilancia por medio de inspectores sanitarios, se debe agregar la ausencia de informes y el seguimiento de la intoxicaciones alimenticias.

Aunque no es posible analizar la cobertura real de los servicios no personales de salud, se puede afirmar que este rubro tiene el mayor déficit de todos los servicios de salud en México. La investigación en esta área es prácticamente inexistente y las acciones son mínimas. El modelo medicalizado de servicios de salud es el principal causante de la deficiente situación de los servicios de salud no personales. Su desarrollo constituye la primera prioridad en materia de salud. Sin su concurso no será posible modificar el anacronismo e inevitable perfil epidemiológico prevaleciente en el país.

Servicios no personales.- La descripción de estos servicios aparecen en los cuadros 1 y 2. De acuerdo con las estimaciones realizadas de la prestación de servicios personales de salud en el país, en 1978 las transferencias públicas con aportación del beneficiario (subtipo III.2), cubrían el 24% de la población; las transferencias públicas con pago inmediato (III.1) el 18.4% y el mercantil con control público el 12.3%. Estos tres su tipos acceso tienen capacidad para cubrir el 54.7% de la población del país. El resto tendrá a su alcance los remedios caseros, el consumo directo de fármacos y las medicinas paralelas (ver gráfica 1).

En efecto, la disponibilidad de recursos para los servicios personales de salud con relación a la población total del país, ha permanecido más o menos constante entre 1970 -1978. El indicador promedio se ha situado alrededor de 0.6, lo que indica que a nivel nacional existen suficientes recursos para atender adecuadamente a la población. Los indicadores de camas, laboratorios y quirófanos muestran un deterioro; en cambio médicos y enfermeras registran como indicadores una mejoría (cuadro 3).

Estos promedios nacionales no reflejan las disparidades entre las entidades federativas. Mientras que en el nivel nacional el indicador de médicos alcanzó en 1978, 0.87. Entre entidades Federativas el indicador varía desde 0.33 en Chiapas hasta 1.43 en el Distrito Federal y el Estado de México conjuntamente. Mientras en éstas hay un superhábit del 43% en médicos, en aquellos el déficit alcanza el 67%.

En el cuadro 4 se muestra el déficit en términos de recursos. Por ejemplo, mientras el requerimiento de médicos es cercano a los 59 mil para todo el país, el total existente es de cerca de 51 mil, lo que genera un déficit absoluto de 8 mil. Sin embargo, se requerirán 9 mil más si no se cambia la distribución geográfica e institucional de los facultativos. Por tanto el déficit tanto es de más de 17 mil médicos, lo que representa el 29.2% del requerimiento y el 35% de los médicos existentes.

Estas cifras del déficit dan una idea del orden y magnitud del esfuerzo adicional requerido para atender a la población total en 1978.

Permite también apreciar el ahorro de recursos que se alcanzarían mediante su distribución racional en el territorio y mediante la eliminación de las barreras de acceso institucionales.

Cuadro 1

Formas de acceso a los satisfactores de las necesidades esenciales, servicios personales de salud.

Componentes del satisfactor (bienes y servicios)	Tipos de acceso por bienes o servicio	Subtipos de acceso	Concurrentes		Instituciones	Instituciones reguladoras.
			Oferta	Demanda		
Servicios personales de salud	III Transferencias Institucionales públicas.	III.1 Transferencias públicas con pago inmediato.	Servicios públicos a población abierta de atención hospitalaria y ambulatoria.	Libre demanda (nominalmente) de usuario individuales.	SSA DIF Servicios Médicos de DOF Municipios y Estados	SSA LOAPF, Art. 39, frac.VIII Código Sanitario. Art. 30, frac. VI
		III.2 Transferencias públicas con aportaciones del beneficiado (cuota fija).	Instituciones de la seguridad social y empresas del sector público que ofrecen rubros de seguridad social (Pemex)	Población de derechohabiente	STPS (Salud ocupacional) SEP (Salud escolar) Programa IMSS-Coplamar IMSS, ISSSTE, ISSFAM, SSA	
		III.3 Transferencias públicas sin aportación monetaria.	Solidaridad social (IMSS-Coplamar)	Población rural beneficiada	Pemex IMSS-Coplamar	SSA

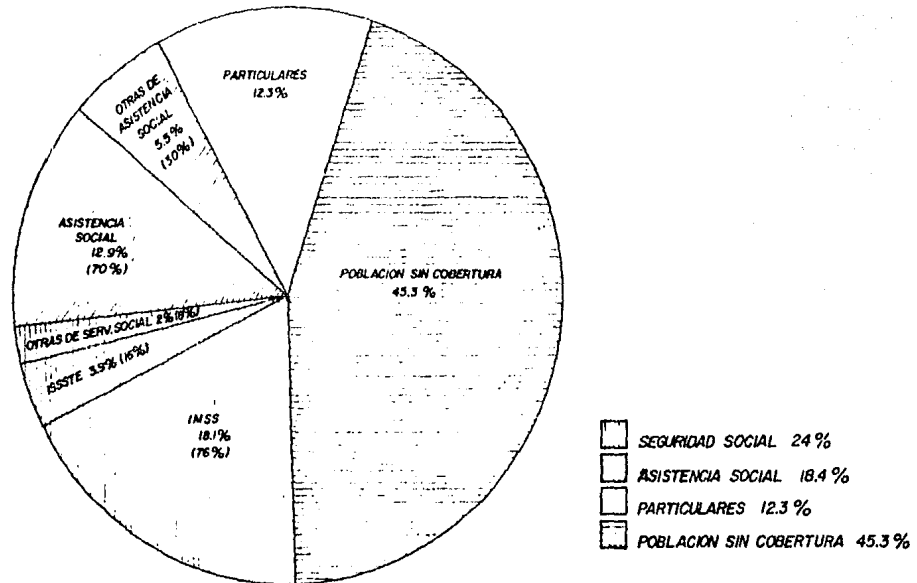
Fuente: COPLAMAR

Cuadro 2

Formas de acceso a los satisfactores de las necesidades esenciales, servicios personales de salud

Componentes del satisfactor (bienes y servicios)	Tipos de acceso por bien o servicio	Subtipo de acceso	Concurrentes		Instituciones ofertantes	Instituciones reguladoras
			Oferta	Demanda		
2) Servicios personales de salud	I Autoproducción	1.1 Autoproducción individual. 1.2 Autoprotección colectiva	1.1 Remedios caseros (autoatención)			
			1.2 Algunas modalidades de medicina tradicional.			
			1.3 Consumo directo de fármacos (automedicación y prescripción legal)	Población con capacidad de compra.	Comercio e industria farmacéutica.	SSA, LOAPF, Art. 39, frac. XV y Código Sanitario, Art. 30, frac. IX.
	II Mercantil	II.1 Mercantil control público.	II.1 Prestadores de servicios privados de atención hospitalaria y ambulatoria.		Múltiples (ejercicio privado de la medicina).	SSA, LOAPF, Art. 39, frac. VII.
		II.2 Mercantil no regulado.	II.2 Medicina tradicional y medicinas paralelas		Pacientes de la medicina tradicional y paralela.	

GRAFICA 1
CAPACIDAD DE COBERTURA REAL DE LAS INSTITUCIONES DE ATENCION A LA SALUD
MEXICO 1978



FUENTE: Elaboracion Coplamar

DISPONIBILIDAD NACIONAL TOTAL DE ALGUNOS RECURSOS
MEXICO 1970, 1974 Y 1978

RECURSOS	RECURSOS POR INDICADOR		
	1970	1974	1978
MEDICOS	.76	.87	.87
ENFERMERAS	.53	.60	.65
CAMAS HOSPITALARIAS	.68	.70	.62
GABINETES RADIOLOGICOS	.60	.66	.62
LABORATORIOS	.20	.19	.19
QUIROFANOS	.62	.62	.59
PROMEDIO	.57	.61	.59

1. Dato obtenido al dividir el número de recursos entre la población total nacional y multiplicado por el indicador: un médico para 1117 habitantes; una enfermera para 559 habitantes; una cama hospitalaria para 531 habitantes; un gabinete radiológico para 31 500 habitantes; un laboratorio clínico para 11 628 habitantes; un quirófano para 16 667 habitantes.
 2. Dato estimado por Coplamar para 1978 a partir de: IMSS, 1978; SSA, 1972; SPP, 1980; SPP, 1978.
- PUNTEO SPP. Manual de estadísticas básicas sociodemográficas. III. Salud, 1978. pp.321-346. Población: Consejo Nacional de Población.

DEFICIT DE RECURSOS, SERVICIOS PERSONALES DE SALUD, 1978

CONCEPTO	MEDICOS	ENFERMERAS	CAMAS	GABINETES RADIOLOGICOS	LABORATORIOS CLINICOS	QUIROFANOS
<u>ABSOLUTOS (UNIDADES)</u>						
REQUERIMIENTOS	58 947	117 788	123 766	2 107	5 659	3 950
1 DEFICIT ABSOLUTO	7 689	41 378	46 948	806	4 596	1 619
2 DEFICIT POR CONCENTRACION GEOGRAFICA	7 027	2 745	19	20	0	0
3 DEFICIT POTENCIAL ACUMULADO = 1+2	14 716	44 123	46 967	826	4 596	1 619
4 DEFICIT POR CONCENTRACION INSTITUCIONAL	2 649	2 734	2 317	19	3	38
5 DEFICIT TOTAL = 3+4 = 1+2+4	17 185	46 857	49 284	845	4 599	1 657
<u>PORCENTAJES RESPECTO A REQUERIMIENTOS DEL RECURSO</u>						
1 DEFICIT ABSOLUTO	13.0	35.1	37.9	38.3	81.2	41.0
2 DEFICIT POR CONCENTRACION GEOGRAFICA	11.9	2.3	0.02	0.9	0.0	0.0
3 DEFICIT POTENCIAL ACUMULADO = 1+2	24.9	37.4	37.9	39.2	81.2	41.0
4 DEFICIT POR CONCENTRACION INSTITUCIONAL	4.5	2.3	1.9	0.9	0.1	1.0
5 DEFICIT TOTAL = 3+4 = 1+2+4	29.2	39.8	39.8	40.1	81.3	42.0

2. Antecedentes Históricos sobre La Salud y la Seguridad Social.

Es bien sabido que la organización, la estructura y, en general, la conformación del sector salud de nuestro país, no ha surgido de los propios problemas sanitarios que durante el transcurso del tiempo ha presentado la población mexicana en su conjunto, sino que los proyectos emprendidos dentro de éste ámbito han sido el producto de la planeación de pequeños sectores a los cuales, las autoridades les han encomendados en un momento determinado.

A pesar de que en México, al igual que en muchos otros países, se ha contado con grupos - especializados de trabajo para la elaboración y ejecución de programas y proyectos en el área de la salud, en nuestra sociedad, los alcances y beneficios de una adecuada y urgente atención médica no ha podido verse consolidada.

Tomar en consideración en una primera instancia esta problemática, no significa que los - obstáculos a los que se ha enfrentado el sector salud, sea causa única de la manera en la que se ha venido estructurando el sector salud mexicano, sino que el señalar primeramente este hecho es producto de considerar una serie de investigaciones dentro del campo de la salud realizada por personas interesadas en analizar dichos fenómenos, mismos que señalan y coinciden en este punto de gran peso e importancia que es el contar precisamente con reducidos y selectos grupos de trabajo, los cuales, no han podido conjugar la gama de necesidades cotidianas y reales de seguridad y asistencia de la población en general dejando a un lado la posible participación de un número mayor de personas inmersas en este campo - ya sea por cuestiones políticas, ideológicas, culturales y de la propia estructura adoptada en el país -

Considerando las perspectivas anteriores, es de gran importancia esbozar la forma en la cual el sistema de salud mexicano se ha venido configurando a lo largo de nuestra historia.

Después de la revolución mexicana, la existencia de las acciones médicas se reiteraban como una libre práctica de la medicina en el país, las cuales carecían notablemente de una organización específica de trabajo, así como de un adecuado respaldo gubernamental. El gobierno, además de no aportar el subsidio económico necesario para llevar a cabo la ejecución de algunas acciones asistenciales, no asumía ninguna postura ante el compromiso de garantizar el derecho a la seguridad social y saneamiento de la población, así como tampoco sentaban bases para la promoción de un organismo público que fuese el encargado de resolver aquellos problemas sanitario-asistenciales de la población.

En el transcurso de este tiempo (años veintes), la atención del Estado en el área sanitaria sólo era dirigida a factores de salud muy generales como: algunas investigaciones en torno a diferentes tipos de fauna nociva en el territorio; control de epidemias de diversas regiones; reglamento de saneamiento y seguridad para lugares públicos, etc., pero relegaban notablemente el compromiso de organizar algún tipo de servicio que contemplara una cobertura y beneficio a la población en común. (10)

Cabe señalar que durante esta época, las necesidades de salud, no eran totalmente inadecuadas, pues existía un departamento de la Secretaría de Gobierno que posteriormente pasaría a ser un departamento del poder ejecutivo.

Es en el gobierno del General Cárdenas cuando el Estado comienza a dirigir su interés por brindar asistencia y seguridad a la población. Empero, este hecho estaría ligado a que en esos momentos se detectaron grandes deficiencias biológicas y físicas que minimizaban las labores de la población económicamente activa en diferentes regiones de la nación. A pesar de tener presente estos fenómenos, la preocupación en materia de salud, sólo se dirigió hacia problemas epidemiológicos, mortalidad infantil y enfermedades que imperaban habitualmente en una región (endemias).

A fines de esta década (1938) el gobierno de Cárdenas somete a consideración del Congreso de la Unión un proyecto de Ley de Seguridad Social, la cual fue detenida inmediatamente a consecuencia de una serie de situaciones conflictivas resultantes de la expropiación petrolera. (11)

En los primeros años de los cuarentas, se formuló la posibilidad de implementar un programa sobre salud en el que se pretendía la optimización de fuerzas de trabajo del país mediante el mejoramiento de condiciones sanitarias para la colectividad. Además el gobierno se comprometería a atender cuestiones referentes a obras sociales prioritarias tales como sanitarias, atención permanente en higiene alimenticia y problemas habitacionales, etc.. Se destaca la necesidad de planear y ejecutar acciones en pro de la población de escasos recursos mediante la prevención social. Este hecho marcaría el crecimiento de la seguridad social del país. Dentro de estos programas, se completaba también la necesidad de crear y mantener una imagen de sanidad del territorio mexicano hacia el extranjero. (12)

(11) ZERTUCHE, F. et. al, 1980 p 27, citado en Manual de Organizaciones del Gobierno General. p. 631.

(12) SOLIS, L. pp. 43 - 45 citado en López Acuña. Salud Desigual en México.

A pesar de los grandes planteamientos establecidos en este período, no pudieron verse -- consolidada una gran parte de las reformas sociales planteadas, pues el Estado encaminaría su mayor esfuerzo a otorgar numerosas concesiones a particulares para favorecer el - desarrollo económico; por tanto, se desplazaron las inversiones para el bienestar social en favor de gastos de infraestructura.

Elevar y asumir el compromiso de brindar el derecho a la asistencia y seguridad social - en el año de 1943, es un hecho que se ve matizado con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En ese mismo año se origina la Secretaría de Salubridad y Asistencia. La creación de és ta se da mediante la fusión de la Secretaría de Aistencia Pública (1973) y el Departa mento de Salud Pública (1917), ambos órganos dependientes del poder Ejecutivo Federal, los cuales desde su surgimiento poseían facultades tanto legislativas como ejecutivas en materia sanitaria. (13)

Durante este mismo año (40's) las tendencias generales en materia de salud giraron en torno al interés por brindar servicios médicos en zonas rurales mediante la implementa-- ción de diversos proyectos; sin embargo, la atención de la salud en estas regiones se -- volcó casi exclusivamente hacia prestaciones curativas, otorgándose básicamente a nivel hospitalario, pasando por alto la necesidad de brindar algún tipo de medidas preventivas de salud en diversas regiones.

En cuanto a servicios asistenciales no personalizados entendidos estos como: organiza--- ción comunitaria para la salud; educación para la salud; vigilancia epidemiológica; vi--

gencia, promoción y educación nutricional; salud laboral; salud escolar; regulación de la contaminación del agua potable; medicamentos; vivienda; fauna nociva; etc., fueron prácticamente ignorados en las políticas de salud a excepción de algunas campañas de inmunización. (14).

La segunda mitad de los cuarentas y los primeros años de la siguiente década, la salud pública no tuvo avance alguno; es más, puede afirmarse que el bienestar y seguridad social sufrió un rezago notable al mantenerse en este lapso de tiempo casi intacto este sector y lógicamente los servicios asistenciales y de seguridad no mantuvieron su crecimiento a la par que el desarrollo demográfico del país. Unido al hecho del estancamiento; es importante señalar que los financiamientos gubernamentales en este período se encaminaron ampliamente en apoyo del sector productivo, pues se consideraban como necesidad prioritaria al campo industrial. (15)

La ausencia total de un plan específico en materia de salud pública, vuelve a ponerse de manifiesto de manera notable, en los años cincuentas, propiciándose nuevamente un hundimiento del sector salud en México. Uno de los pocos reportes que puede ser rescatado dentro de este tiempo es un " Programa Nacional de Investigación " realizado por una Comisión de Investigaciones dependientes del poder Ejecutivo Federal, el cual fue dirigido a la edificación de obras de beneficio colectivo. (16)

Considerando la enorme proporción de tiempo en la cual la asistencia y seguridad social

(14) COPLAMAR - Coledio de México. Necesidades Esenciales en México. Situación actual y perspectivas al Año 2000. p. 119.

(15) LOPEZ, Acuña. op. cit., p. 217

(16) Manual de Operaciones del Gobierno Federal 1982. op. cit., pp 629 - 659.

había estado relegada, el propio gobierno en turno (López Mateos, básicamente en los --- años 1962-1964) empieza a analizar algunos problemas de salud-enfermedad que ya se tomaban crónicos en ese momento (hasta llegar al grado de convertirse en conflictos y demandas populares, Movimiento Médico 1963).

Dentro de este período, el Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), plantea otorgar mayores prestaciones para beneficiar así a un sector más amplio de trabajadores.

En los años que marcan el fin de la década, el Estado, reconoce cabalmente su incompetencia para satisfacer las necesidades de salud que emanan de la población, escudándose entre otras razones, en el escaso presupuesto público que era asignado al sector. A pesar de esto, durante los años 66 y 70, surge el Plan Nacional de Desarrollo Económico - Social, el cual planteaba cuatro objetivos a lograr dentro de una política de salud y seguridad social :

- " 1. incrementar la eficiencia de los servicios médicos en operación mediante su coordinación;
2. identificar los programas de control y erradicación de padecimientos frecuentes;
3. ampliar los servicios de saneamiento básico;
4. incorporar a la seguridad social el aumento de la fuerza de trabajo urbano e intentar extender los beneficios de aquella a la población campesina. "(17)

A pesar de que los anteriores objetivos propuestos en su comienzo presentaban una buena - proyección; no pudieron ser implementados nuevamente por el deficiente presupuesto desti-

nado para la ejecución de estos, entre otras cosas.

No es sino hasta la década de los setentas cuando el Estado intenta dar un giro totalmente diferente al sector salud en virtud del enorme rezago que tenía el país en cuestiones de seguridad y asistencia social, y son por estas urgentes necesidades, que ya no únicamente es necesaria la planificación de programas y acciones, sino además son lanzadas una serie de alternativas a corto, mediano y largo plazo que se postulaban para subsanar problemas de salud-enfermedad de la población.

Como una consecuencia de todos estos proyectos propuestos, es creada la Subsecretaría de Planeación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Paralela a esta nueva perspectiva surge también el Plan Nacional de Salud, mediante iniciativa presidencial celebrada en la I Convención Nacional de Salud (1973) teniendo como finalidad fundamentar un plan de salud para el país, el cual se llevaría a cabo en dos períodos y tendría como primer objetivo el integrar los programas y políticas de las instituciones públicas de salud para que con base en lo que ya se tenía establecido, se formularan metas a corto plazo. (17)

Son las autoridades de Planeación y Salubridad dependientes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia que en 1977 proponen y dan a conocer un programa para el sector salud, el cual contemplaría : a) atención preventiva; b) atención curativa; c) capacitación de la población para la autoprotección de la salud; d) saneamiento y mejoramiento del medio; e) formación y desarrollo de recursos humanos; f) investigación, ciencia y tecnología; -- g) producción de bienes. (18)

(17) COPLAMAR - Colegio de México. op. cit. p.122

(18) LOPEZ, Acuña. op. cit., p.224.

Los resultados que fueron obtenidos conforme a la ejecución de este plan, son casi nulos, por la presencia de diversas circunstancias, pero a pesar de esto, las máximas autoridades del Estado hacían grandes alardes respecto a las cuestiones mínimas logradas en éste tiempo y con la implementación del programa.

Posterior al programa anterior y durante el transcurso del tiempo fueron surgiendo algunos otros proyectos que tratarían de proporcionar amplia cobertura y beneficios comunes a la población, entre los cuales se destacan :

- Plan Nacional de Planificación Familiar.- este plan incluiría además un programa a implementar en zonas rurales el cual contemplaría investigaciones biomédicas y sociales.
- Programa de Extensión de Cobertura a los Servicios de Salud al Medio Rural y Suburbano. Paralelamente a este proyecto, se da a conocer el Programa Comunitario Rural (PCR). Dicho programa emana de los propósitos del Plan Nacional de Planificación Familiar coordinado por la Dirección General de Atención Médica Materno - Infantil y Planificación Familiar de la SSA. (19)

Cabe mencionar que estos dos programas fueron fusionados posteriormente, resultando así el Programa de Salud Rural. Su conjugación fue consecuencia de la revisión y análisis de los objetivos que cada uno de ellos perseguía, ya que muchos eran considerados repetitivos y sumamente similares, afirmándose por este motivo, la multiplicación de acciones asistenciales.

- Programa de Acción del Sector Público, en el cual se desea marcar un eje rector el cual, tenderá a la elaboración de una política sanitaria mediante la coordinación de los programas de acción de las instituciones que manejan los problemas de salud, tales como :

SSA, IMSS, ISSSTE y DIF. (20)

- Programa Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social. Dicho programa establecería lineamientos, objetivos y acciones programáticas subsecuentes para coordinar las acciones en esta área.

Respecto a este plan, puede afirmarse que más que la presentación de un programa de acción, se elabora un esquema de jerarquización de prioridades en cuanto a metas y la coordinación de actividades dentro del campo de la medicina.

- Un programa que surge mediante un convenio entre el IMSS y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas de Grupos Marginados (COPLAMAR). (21)

A medida que eran presentadas y ejecutadas algunas partes de estos programas, los logros se presentaban como insuficientes pues aún persistían innumerables necesidades y sobre todo percibía la mínima coordinación dentro de este sector. Es por esto que nuevamente, -- las autoridades correspondientes plantearon el establecimiento de un Gabinete del Sector Salud que proporcionaría " mediante mecanismos de alto nivel de decisión la capacidad para elaborar un plan nacional en el campo de la salud, definir políticas de desarrollo en el sector, proponer gastos e inversiones, marcar prioridades y proponer medios y mecanismos para la subrogación de servicios tendientes a la mejor utilización de los recursos". (22)

(20) LOPEZ, Acuña. op. cit. p.239

(21) Manual de Organizaciones op. cit. pp 635-643.

(22) COPLAMAR - Colegio de México. op. cit., p 124.

Es hasta 1979 cuando se creó el Gabinete del Sector Salud como instancia presidencial de coordinación y acuerdo de las políticas y programas de los servicios públicos cuya responsabilidad competiría al sector público, integrado por los titulares de SSA, SPP, DDF, --- IMSS, ISSSTE, ISSFAM y DIF, teniendo como objetivo el lograr primordialmente congruencia, eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios. (23)

En el inicio de la década de los ochentas, es cuando la SSA elabora una propuesta mediante la cual se desarrollaría un sistema de servicios de salud, en el que las prestaciones de este tipo deben ser accesibles a toda la comunidad sin excepción y en forma continua e integral (desde la gestación hasta la muerte), además de tratar el control del estado - de salud de la población.

En 1981 se instala la Coordinación de los Servicios de Salud Pública, mecanismo adscrito a la Presidencia de la República; dicha organización trabajaría como una unidad de asesoría y apoyo técnico del Ejecutivo Federal y que propondría a éste las bases que permitan establecer el sistema nacional de salud acordes a las necesidades de nuestro país. (24)

Es de gran importancia señalar que en estos últimos años, el sector salud ha tenido una diversidad de cambios en su estructura y en la prestaciones de servicios sanitarios y de seguridad; sin embargo, aún actualmente se perciben elevados desfasamientos entre lo que las autoridades del campo de la medicina brindan y las necesidades reales de una sociedad creciente que día a día demanda una atención médica de alto nivel y adecuada a sus necesidades.

(23) LOPEZ, Acuña. op. cit., p 231.

(24) COPLAMAR - Colegio de México. op. cit.,

El análisis realizado sobre la conformación y desarrollo del sector salud nacional, dentro de un período de tiempo comprendido entre la época posrevolucionaria hasta principio de la década de los ochentas, nos permite hacer algunas reflexiones y afirmar que los postulados de la política sanitaria del Estado mexicano se ha caracterizado por:

- atender a fracciones minoritarias de la población sobre todo en grandes zonas urbanas, declarándose así la concentración de una elevada proporción de recursos humanos, financieros y materiales del sector salud en estos lugares ;
- como una consecuencia del aspecto anterior, para grandes núcleos de la población, los servicios públicos no han podido presentar una accesibilidad geográfica y económica, --- aceptabilidad, disponibilidad, suficiencia, continuidad y sobre todo hay una severa incongruencia con las necesidades reales de salud de la sociedad en general ;
- desarrollar modelos de atención curativos de mínima cobertura y costosos, dejándose de lado los servicios preventivos. Las acciones de estos modelos son ejecutadas primordialmente en el ámbito hospitalario urbano donde se concentra, consecuentemente, la atención de médicos especialistas ;
- elaborar y proponer un número de programas y planes que no logran tener una vinculación real dentro de problemas o áreas que ya han sido detectadas y analizadas ;
- no incorporar dentro de los derechos sociales de la totalidad de la población, el derecho a la salud, ni explicitar la obligatoriedad del Estado de brindar la salud colectiva e individual, la cual pudiera otorgar una igualdad y universalidad en el acceso a este servicio.

El análisis de cada uno de los postulados que sustenta los planes y programas anteriormente descritos, pero además no dejando pasar por alto la manera en la cual se ha estructurado la asistencia y la seguridad social, permite afirmar que la falta de precisión y ----

claridad dentro del sector salud desde épocas pasadas sólo lleva a una confusión, al desconocimiento y a la pérdida total de directrices que permitieran sentar bases para la consolidación y establecimiento del campo de la salud de nuestro país, el cual contemplara - entre sus propósitos la creación de una verdadera política sanitaria acorde a las necesidades de la población.

3. Necesidad de consolidar una Cultura Política de Salud. *

Actualmente existen diversos grupos de nuestra sociedad que lanzan severas protestas y ataques sobre la forma en la que el sector salud ha venido brindando sus servicios; así -- mismo, se han hecho grandes cuestionamientos en torno a la mínima accesibilidad y beneficios que tiene gran parte de la población para demandar el uso de este tipo de atención; sin embargo, no es esta la única problemática a la que se ha enfrentado desde siempre este sector, sino lograr que cada sector del país sea participe y asuma también una verdadera cultura sanitaria, la cual desde sus principios pueda lograr superar una serie de valores e ideas poderosamente arraigadas en grandes núcleos de la población, y que en cierta medida impiden un mayor logro de diversas metas establecidas dentro del campo de la salud ha sido una barrera difícil de superar.

* Por una cultura política se entiende a el desarrollo y mejoramiento de una serie de -- ideas, costumbres, acciones y valores que se encuentran en estrecha relación dentro del ámbito de la salud y la seguridad y que han sido adquiridos y están latentes en los diversos grupos sociales de una población.

El desarrollo y mejoramiento de los anteriores aspectos no es una acción que debe ser - realizada e impuesta por sólo un grupo social determinado, sino que es un proceso en el que es necesario el trabajo conjunto y coordinado (el cual debe contar con un adecuado y consistente apoyo económico, político, social, etc.) de especialistas, autoridades y personas de diferentes porciones de la población conocedoras e interesadas en este campo, las cuales detecten y tomen en cuenta aquellas necesidades de seguridad y asistencia de carácter prioritario presentes con mayor frecuencia en los diferentes sectores - sociales, pero sobre todo de aquellos que tienen dificultades para acceder a los beneficios de una atención médica necesaria.

El no poder adoptar una cultura política de salud real en nuestro país es un hecho que está ligado a varias circunstancias, a saber : por un lado, gran parte de la población entiende y demanda un servicio médico sólo cuando se ha generado alguna necesidad; tal es el caso de la presencia de una enfermedad cabalmente declarada o sofisticada; algún tipo de accidente que escape ante la práctica de los primeros auxilios o hacia la presencia del propio riesgo de muerte. Estas situaciones generan prácticamente el otorgar atención médica de carácter curativo o especializado dejando de lado la implementación y práctica de la atención médica preventiva.

Por otro lado, la constante demanda de atención, en la mayoría de los casos de alto grado de especialización, es un hecho que ha generado que el médico vea en su profesión el libre ejercicio de la misma (con mínimo carácter de servicio), y que su saber haya sido sinónimo de un elevado lucro económico y la capacidad que obtiene para empezar así su línea ascendente hacia el deseado status (en la gran mayoría de los casos).

Al conjugar prioritariamente estos intereses, se advierte en muchas ocasiones un convencionalismo por relegar el hecho de prevenir o curar con precisión las enfermedades de los diferentes sectores de la población; así mismo, y como una consecuencia de esto, pasan por encima el considerar, estudiar y conceptualizar al proceso salud-enfermedad característico de nuestra sociedad; en el cual se podría encontrar un indicador importante el cual sería útil para elaborar y asumir una necesaria cultura asistencial.

3.1 Proceso salud - enfermedad.

El término salud, es un término que es utilizado comunmente y que se ha definido de múltiples maneras: " es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; es un derecho social importantísimo en todo el mundo ". (25)

Ahora bien, considerando este fenómeno desde otra perspectiva, es decir, como meta de acción, es entendida la salud como algo impreciso.

Considerar a la salud como un término el cual no puede ser exclusivo, exacto y acabado, - es en función de la propia conceptualización que se hace del hombre como un ser dinámico, social, biológico y psicológico y es precisamente bajo esta situación, que es necesario conceptualizar al binomio salud-enfermedad como un proceso, que además debe incluir elementos determinantes tanto individuales como sociales.

Así pues, el proceso salud-enfermedad es una manifestación de dos contrarios (en el sentido de que un elemento no puede existir sin la presencia del otro) y que se ha caracterizado considerando por tanto como algo dinámico, complejo y dialéctico. (26)

El proceso salud-enfermedad, presenta dos determinantes históricas fundamentales : el dominio que la sociedad haya alcanzado sobre la naturaleza y el tipo de relaciones sociales que se establezcan entre sus miembros. Ambas determinantes explican las condiciones materiales de vida de los diferentes sectores que a su vez, pueden ser el factor repre---

(25) COPLAMAR - Colegio de México. op. cit. p.19

(26) Ibidem.

sentativo de la incidencia de la enfermedad y la muerte.

Algunos estudios sobre el proceso salud-enfermedad en algunos países del mundo han permitido hacer una clasificación de éste, siendo dicha clasificación la siguiente : a) como mágico-religioso-empírico; b) como biólogo - positivista; c) sanitario; d) biológico - social - histórico. (27)

a) proceso salud-enfermedad como mágico - religioso - empírico. Esta caracterización se presenta en gran período de tiempo y se apoya en la pura observación de los hechos, -- por tanto, se considera carente de fundamentos consistentes ;

b) el proceso salud-enfermedad con carácter biólogo - positivista. Se advierte aquí una concepción puramente biológica; deja a un lado el carácter social del individuo. Se parte de una visión del ser humano como una conformación de órganos, aparatos y sistemas a los cuales son ofrecidos atención al daño que sufra cualquiera de ellos más que la prevención, el mantenimiento y el buen estado de los mismos. Se orienta esta caracterización, el mantenimiento y el buen estado de los mismos. Se orienta esta caracterización a individuos y no a grandes sectores de la población, además, ha florecido como resultado del desarrollo de fuerzas productivas en grandes países y se establece como la corriente dominante del saber y la práctica médica en la segunda mitad del siglo XIX.

c) proceso salud-enfermedad sanitaria. Aquí no sólo se trata de ver al individuo como algo fragmentado, sino las medidas sanitarias son las que plantean soluciones colectivas a problemas básicamente comunitarios.

d) proceso salud-enfermedad biológico-social-histórico. Es una integración tanto de ciencias naturales y sociales que permiten ver al proceso como un proceso histórico-social

que se manifiesta en la sociedad y clases determinadas de acuerdo con sus condiciones materiales de vida. (28)

3.2 Organización de los Servicios Médicos.

Una cuestión no menos importante que es determinante para la implementación de una cultura política de salud, es la forma general adoptada en el servicio médico del país, así -- pues, las diversas formas de organización de los servicios de salud existentes son clasificados en modelos generales, a saber :

1. Sistema Nacional de Salud de cobertura universal gratuita.
2. Coexistencia de organismos de seguridad social que ofrecen servicios médicos a los derechohabientes; instituciones asistenciales públicas que prestan atención médica gratuita de baja calidad a la población de pocos ingresos y no asegurada, e instituciones privadas de carácter lucrativo.
3. Predominio de instituciones privadas de carácter mercantil con sistema de cobro directo al paciente o a través de seguros médicos. (29)

El modelo que es adoptado en México es el segundo. En este modelo el acceso a los servicios personales de salud asume tres formas :

- a) mediante un pago específico a cambio del servicio médico privado. Se trata de un servicio comercial proporcionado por empresas lucrativas. Estas formas de atención son utilizadas principalmente por los estratos sociales altos, pero también

(28) Ibidem. pp. 41 - 56

(29) Ibidem.

por la población marginada que tiene la vital necesidad de demandarla.

- b) Mediante una cuota periódica se adquiere el derecho a los servicios médicos, no siendo necesario su pago cuando se recibe el servicio. El pago es efectuado por medio de los trabajadores, pero además estas cuotas son complementadas con aportaciones hechas tanto por los patrones como por el Estado. Así pues, se afirma que es un servicio no comercial; sin embargo, a medida que no cubre a toda la población es un sistema discriminatorio en el que la sociedad en su conjunto aporta recursos para los servicios de salud destinados sólo a una parte de la población. Conforme a este esquema, son beneficiados los obreros y los empleados públicos y un reducido sector privado de trabajadores.
- c) Para la población que no cuenta con suficientes recursos para demandar algún servicio en materia de salud, el Estado brinda servicios médicos que ofrecen atención muy simple; el nivel de recursos tanto humanos como materiales son insuficientes y la calidad del servicio es sumamente irregular. (30)

Este modelo si bien está fragmentado en tres partes, en las cuales logran ubicar a la población en general, se aprecia una unificación paradójica, ya que todas las partes proporcionan el mismo tipo de atención a la salud, o sea, de carácter curativo, individual y altamente especializado.

El modelo anteriormente descrito, es prevalente en la mayoría de los países latinoamericanos, en los que el derecho a la salud sigue siendo una demanda aún insatisfecha para la mayor parte de la población.

II La Planeación de la Educación Superior con base en las Necesidades Sociales del País.

El proceso educativo no sólo debe ser ubicado dentro de un campo institucional-escolarizado, sino concebido como proceso, tiene connotaciones de diversas índoles; económicas, políticas, sociales, etc.. Bajo la óptica de un proceso social, el proceso educativo está supeditado por un marco de valores y circunstancias históricas determinadas. Por tanto, la práctica educativa es articulada a un proyecto social. Por consiguiente, se afirma que los profesionistas que las instituciones de educación superior pretenden formar se rigen indiscutiblemente por una gran gama de determinantes latentes en una sociedad determinada.

2.1 El papel de la Universidad y su relación con la Sociedad.

Un análisis general de los objetivos de la Educación Superior en México, permite tener un panorama sobre cómo es conceptualizada la educación profesional y cual es el lugar que se le asigna en el campo productivo, así como las líneas bajo las cuales se rige la formación profesional del país. Los lineamientos generales son los siguientes :

- ser un componente esencial y permanente del desarrollo y la independencia de la sociedad mexicana ;

- participar eficientemente en el fortalecimiento de la capacidad nacional para asimilar y producir avances científicos, tecnológicos y de otro tipo e incorporarlos al desarrollo del país ;
- contribuir al incremento de la producción en sus diversos sectores, a la explotación adecuada de los recursos naturales, al logro de una justa distribución de la riqueza y a la elevación de los niveles de vida de la población;
- coadyuvar activamente en la extensión de los servicios educativos, sociales y asistenciales con la finalidad de realizar el desarrollo integral y humanizado del individuo sobre bases efectivas de libertad, seguridad y solidaridad social ;
- comprometerse en la formación de una auténtica conciencia cívica para asegurar la participación democrática del ciudadano en las decisiones públicas;
- participar en la transformación de la sociedad para que el país, manteniendo su carácter nacional en la convivencia y las relaciones internacionales, se adapte a los cambios que se operan en nuestra época y a las que impondrá el futuro. (31)

Ahora bien, la Universidad Nacional es considerada como una institución pública de carácter nacional y autónomo, la cual cumple las funciones de docencia, investigación y extensión de la cultura, mismas que configuran la especificidad de su tarea social, emprendida

(31) Cfr. ANUIES. La Planificación de la Educación Superior en México, México 1979. Lineamientos generales para el desarrollo de la Educación Superior en México. Período 1981-1991, en Plan Nacional de Educación Superior, SEP - ANUIES - COPES. 1981.

para formar profesionistas, docentes e investigadores y técnicos vinculados a satisfacer necesidades productivas, políticas y culturales de la sociedad y para generar y renovar los recursos científicos, tecnológicos e institucionales para el desarrollo del país (32)

Así pues, la formación que brindan las instituciones de educación superior están encaminadas primordialmente al servicio de la sociedad. Sin embargo, la manera en la que cada institución encargada de formar profesionistas llega a concretar los anteriores postulados estará condicionada por la propia filosofía institucional y por su dinámica interna (factores que son determinantes para establecer la dirección y la producción de fuerzas laborales para satisfacer la demanda social).

Es importante señalar que no solamente las demandas sociales son las que delimitan la producción de profesionistas, sino que el mercado económico es un mecanismo que también condiciona al campo educativo, en tanto es el que determina la cantidad, calidad y especificidad de conocimientos en la mano de obra requerida; pero a su vez, la planeación educativa debe operar y conjugar tanto demandas económicas, políticas y sociales dándose así una identificación y la definición de las necesidades prevaletentes en determinadas circunstancias.

Consecuentemente, la educación superior debe considerar " la demanda posible. la correspondencia entre mercado de trabajo y las necesidades sociales, etc., sin que se vea sólo determinado por el mercado laboral en sus condiciones actuales sino que, colabore en su modificación ." (33)

(32) DGPA. Lineamientos para el Análisis de factibilidad de Creación de Licenciaturas INAM p10

(33) CERDA, Michel. 1981. citado en Elementos para la Elaboración y Evaluación de los Planes de Estudio. DGPA. UNAM p. 18.

La formación de cada profesionista debe estar encaminada ampliamente a satisfacer necesidades dentro de un campo de conocimientos específico; el conjunto de actividades y acciones que debe adoptar y posteriormente ejecutar el universitario se identifican como prácticas profesionales; dichas prácticas no son ni en su conceptualización ni en su efecto - únicas y estáticas, es decir, son acciones en constante cambio, determinadas por necesidades sociales imperantes. De aquí que se afirme que el sistema educativo es un producto - histórico, el cual genera cierto tipo de prácticas sociales tanto de carácter reproductivo como productivo. Reproductivo en cuanto estas acciones preservan algunas prácticas -- que ya eran ejecutadas y que en la actualidad aun siguen predominando; y productivas en -- tanto acciones innovadoras y/o alternativas en el plano cultural, social y económico. (34)

Ahora bien, la formación profesional universitaria depende de un quehacer universitario, - el cual se ha analizado y conceptualizado pudiéndose derivar de éste cuatro dimensiones - estrechamente relacionadas entre sí :

- | | |
|-----------------------------|----------------|
| a) científico - tecnológica | b) humanística |
| c) creativa | d) democrática |

Dentro de una dimensión científico - tecnológica se encuentra el hecho de que la universi-dad es una instancia donde se reproducen y se generan conocimientos. Así pues, la acción de crear y transmitir conocimientos no sólo siendo instrumental, sino que conjuga el cómo hacer en el análisis y la reflexión en torno a la racionalidad y fundamentos científicos

del mismo.

Mediante el humanismo se pretende brindar al futuro profesionalista, elementos suficientes, (saber profesional), los que a su vez serán relacionados con necesidades tanto de carácter cultural e histórico de su momento con el propósito de propiciar el desarrollo integral de los hombres.

Por otro lado, dado que el conocimiento no es algo único y terminado, el cual está en --- constante cambio y en confrontación crítica con otros conocimientos, se puede decir que - una sólida formación profesional tiene que ir necesariamente ligada a una dimensión tanto creativa como democrática que logre propiciar una confrontación y el diálogo en los cuales surjan criterios y elementos sustantivos para la superación de las contradicciones (35)

En síntesis, una de las principales y quizá la más importante de las funciones de la edu cación superior es la de formar cuadros profesionales capacitados para brindar respues-- tas concretas a la gama de necesidades socioeconómicas del país.

Todos los anteriores aspectos señalados, muestran desde una panorámica muy general los - objetivos que establece la educación superior en México y en una forma particular los -- propósitos y funciones globales de una institución como la UNAM. Pero cabe aquí hacer - una pregunta : ¿ hasta dónde realmente nuestra universidad ha podido concretizar sus -- propósitos y sobre todo el formar cuadros profesionales que logren satisfacer las necesi

(35) DGPA. Lineamientos para el Análisis de Factibilidad de Creación de Licenciaturas. op. cit. p.25.

dades de una sociedad en incontenible crecimiento ?

2.2 La práctica educativa en la formación del Médico. Una relación problemática.

Actualmente, la práctica de la educación superior se ha visto afectada por un sinnúmero de circunstancias que han propiciado que los objetivos de la educación universitaria sean desvirtuados. Investigaciones al respecto afirman que en la planeación educativa a nivel superior de nuestros días, hay un notable predominio en un marco académico limitado y coyuntural, que no ha podido coadyuvar y visualizar aquellas necesidades prioritarias y la dimensión de habilidades y conocimientos que deben poseer los recursos a formar, para satisfacer dichos requerimientos.

Otro punto y quizá uno de los más importantes que ha hecho que en las instituciones universitarias no logren matizar gran parte de sus propósitos es que los miembros que forman parte de ella, conceptualicen a la educación superior como un medio que garantiza la deseada movilidad social debido a los constantes cambios que en el mercado laboral se presentan, además de las políticas económicas que se sustentan debido al constante crecimiento de la sociedad. (36)

En el caso de la formación del médico y otros profesionales de la salud, es notable la mínima concordancia que se presenta entre el tipo de educación ofrecida y las reales necesidades sociales. Pero esto no es un problema sólo del campo educativo, sino también la --

(36) Cfr. Evaluación y Marco de Referencia. INAM.

confusión que es creada por la poca claridad que las autoridades presentan en política sanitaria.

El notable desfase que se advierte entre la educación médica y la realidad sanitaria del país se refleja en los currículos de las instituciones encargadas de formar recursos para satisfacer las demandas en el área de la salud. Pero esta situación no es de tiempo reciente, sino que la desvinculación es el producto de un proceso de asimilación de una práctica médica y educativa iniciada desde el siglo XIX con influencia de la práctica médica francesa y sigue a partir de la primera década de nuestro siglo en torno al surgimiento, en Estados Unidos, de una nueva tendencia en medicina altamente especializada apoyada en el avance tecnológico. La adopción de estas tendencias, ha sido la circunstancia principal que ha determinado una notable dependencia en cuanto a educación y práctica médica que estos modelos ofrecen y se incorporan en el país.

La educación que se imparte dentro de las escuelas de medicina, en la mayoría son copias de modelos educativos extranjeros que ya han llegado a ser obsoletos en los países de donde fueron extraídos; pero además, su adopción y su establecimiento no logran ser ubicados dentro del contexto de salud de nuestra sociedad. Concretamente los programas que rigen a las actuales escuelas de medicina (al igual que a instituciones de Latinoamérica) están básicamente supeditados a los lineamientos de educación que surgen a partir del Informe Flexner (1910), siendo sus premisas las siguientes :

- " 1. La atención médica debe basarse en el conocimiento de las ciencias biomédicas ;
2. Sólo las escuelas de alta calificación pueden ser acreditadas para formar médicos

3. Las escuelas aprobadas deben privilegiar la educación en laboratorios y experiencias clínicas ;
4. Las escuelas sin la calidad necesarias deben ser cerradas ;
5. Las escuelas deben estar afiliadas a universidades. " (37)

La adopción de estos postulados, dió como resultado la implementación de la medicina científica; así mismo surge un enfoque positivista en la enseñanza, la investigación y la práctica médica.

El establecimiento del positivismo médico en las escuelas médicas del país dió como consecuencia :

- " - la concepción del cuerpo humano como un organismo integrado fue sustituida definitivamente por la de una yuxtaposición del sistema sin relación entre sí...
- la investigación cerró los ojos a toda consideración sobre las causas sociales de las enfermedades, ya que los fenómenos colectivos quedaron fuera del ámbito de lo que se considerara científico...
- el diagnóstico y la terapéutica empezaron a realizarse mediante un enfoque del organismo como maquinaria facilitadora así aproximación instrumentista al cuerpo." (38)

(37) FRENK, J. Cuadros clínicos de la enseñanza médica mexicana, citado en Revista de Educación Superior. p 113.

(38) Ibidem. .

Satisfaciendo una urgente demanda básicamente de tipo ocupacional (debido a la presencia de la notable expansión hospitalaria), es aprobado y establecido definitivamente como un elemento más de la práctica educativa del médico el internado rotatorio del pregrado ---- (1972) (39). El establecimiento de este tipo de actividad, que el estudiante de medicina debe cubrir, hasta la actualidad, ha propiciado varios fenómenos, entre los cuales cabe destacar: una notable orientación del estudiante hacia la práctica de la medicina hospitalaria y de alto grado de especialización; la casi nula vinculación de problemas presentes cotidianamente en comunidades que carecen de un mínimo de conocimientos sobre cuestiones sanitarias (entre otras cosas por no contar ni siquiera con un centro donde se --brinde la elemental atención médica).

La justificación que se ha dado a la implementación del internado rotatorio es que mediante la vivencia de este tipo de experiencia, se obtendrá un adecuado entrenamiento en el trabajo hospitalario.

La práctica de una educación médica bajo los conceptos y lineamientos anteriores, ha propiciado una caracterización de los estudiantes de medicina, que si bien estas características denotan una severa evaluación del saber y la práctica médica, están definitivamente apegadas en la realidad que se percibe, siendo esta la siguiente :

- la formación del médico está dirigida ampliamente a aspectos sumamente teóricos, los --cuales muchas veces se tornan caducos ;
- se identifica una amplia tendencia a la formación de miniespecialistas ;
- la carencia de metodología que coadyuve a la elaboración de diagnósticos clínicos ;
- poca implementación de conocimientos que permitan al estudiante adoptar una conciencia

- crítica ;
- la devaluación del ejercicio de una medicina preventiva ;
- existencia de una relación deshumanizada entre profesor - alumno - enfermo ;
- escasa promoción para el mantenimiento de la salud en el individuo ;
- divorcio notable entre la teoría y la práctica ;
- los estudiantes son encaminados básicamente a ver al hombre como un ser individual y no dentro de un ámbito colectivo.

Así pues, considerando las dimensiones en las que ha girado la educación médica del país desde casi principios de siglo, se puede afirmar que la ejecución de la práctica del médico en los últimos años ha sufrido una inusitada devaluación " los alumnos egresados de -- las escuelas de medicina están subeducados. Se les adiestra no como productos terminales que pueden desempeñar la función del médico general sino como bachilleres médicos que se guirán después un curso de especialización. De este modo, la licenciatura en medicina ha terminado por ser una especie de preparatoria para la especialización. El costo de esta gravísima falta es una devaluación concomitante de la medicina general, la cual debería ser el eje del modelo de atención médica del país. " (40)

2.3 Demanda en educación Médica.

No sólo el hecho de adoptar una práctica educativa de la medicina como la descrita, ha -- propiciado que el ejercicio de esta profesión se vea devaluado, sino que la desmesurada - demanda de ingreso al estudio del quehacer médico y la poca capacidad de captación de mé-

dicos dentro de instituciones oficiales y una concentración de personal del área de la salud en grandes urbes - entre otras cosas - han sido algunas causas de gran trascendencia que aumenta la desvalorización del médico en nuestros días.

A partir de los últimos años de la década de los setentas, el país registra una demanda de educación médica incontenible; este hecho se agudiza aún más, dentro de las escuelas y facultades que la ofrecen. El fenómeno de la demanda, no es un suceso que debe verse aisladamente dentro del contexto de la nación, sino que este fenómeno está ligado indiscutiblemente a cuestiones sociales, económicas y laborales, ya que el desajuste de algunos de estos sectores pueden propiciar en cierta medida, que las fuerzas productivas que pudieran ser empleadas, se enfoquen hacia el estudio de una profesión, mismas que en ciertos momentos brindará la base necesaria para elevar el status de vida.

Desear satisfacer gran parte de la demanda que desde años pasados se ha venido presentando en la educación médica, ha propiciado la creación de un gran número de escuelas de medicina las cuales aveces muestran una notable desconexión con las necesidades reales de personal para el sector. Además, no contemplan dentro de sus planes de estudio, conocimientos que permitan a los estudiantes ubicarse dentro de una realidad de la salud y la enfermedad de la sociedad en la cual ejercerán.

Estudios realizados a fines de la década de los setentas, muestran la existencia de 100 mil estudiantes de medicina aproximadamente. El ingreso anual a estas escuelas se advierte entre 23 y 25 000 estudiantes, egresando cada año un promedio de 10 000 médicos.

La facultad de medicina de la UNAM, presencié un elevado aumento en su población estudiantil durante gran parte de los años setentas, de una cifra aproximada de 16 163 se incrementó hasta 26 000.

En general, en el país existen actualmente más o menos 1.4 estudiantes de medicina por cada 1000 habitantes; la educación médica es impartida por maestros que atienden a 8.6 alumnos y los docentes que tienen la categoría de tiempo completo tienen a su cargo 71.1 estudiantes (todas estas cantidades son aproximadas). (41)

A primera vista, los datos aquí mostrados permitirían hacer una evaluación, en la cual se podría dejar ver la notable expansión que ha tenido la educación médica en el país y junto con este fenómeno estaría el hecho de la satisfacción, en cierta medida, de la demanda de esta profesión (anexo I). Sin embargo, estos resultados no son considerados del todo satisfactorios, ya que la masificación de la enseñanza alcanzando estas dimensiones y unido al aspecto del tipo de enseñanza médica que se imparte en las escuelas de nuestro territorio, ha propiciado :

- bajo nivel de aprovechamiento, debido a la atención que debería brindar el docente - por el excesivo número de estudiantes ;
- mínima relación de la práctica educativa con las necesidades reales de salud en el país ;
- rechazo de gran número de médicos hacia los nuevos estudiantes y próximos a egresar, entre otras cosas, por cursar o estar cursando planes de estudio totalmente diferentes a los que a ellos formaron, etc..

III. El Plan de Medicina General Integral. Una Innovadora alternativa para la Enseñanza de la Medicina.

Los modelos de la atención a la salud vigentes en la actualidad en los países donde las necesidades de asistencia y seguridad social están en su gran mayoría satisfechas, han tenido su copia más fiel en naciones en las que éste tipo de necesidades dista mucho de ser cubiertas.

El modelo de servicios médicos adoptado en México, se ha caracterizado por ser portador de tradiciones, por acumular conocimientos en materia de salud y del sector profesional, que lamentablemente no han podido dar la suficiente importancia a los factores ambientales y psicológicos de la salud, además de no tomar en cuenta las determinaciones histórico - sociales del proceso salud-enfermedad. La adopción de este tipo de medicalización, ha convertido a los hospitales de nuestro país en los centros estratégicos de atención a la salud, los cuales a su vez han impulsado espléndidamente la industria químico-farmacéutica y la importación tanto de equipo como de conocimientos de una alta tecnología médica

No obstante que en el país, aún prevalece un modelo de atención a la salud que no ha llegado a contemplar y conjugar las necesidades reales y cotidianas que demanda la población

se ha demostrado, por parte de las autoridades educativas y de las instituciones del sector salud, un interés constante por planear y elaborar nuevas alternativas educativas, -- las cuales coadyuvan en la formación del profesionista ad-hoc que necesita nuestra sociedad.

Tomando en cuenta la total incongruencia que se vive entre la educación impartida a los estudiantes de medicina y los requerimientos en materia de salud, sobre todo en los países en vías de desarrollo, a partir de los últimos años de la década de los setentas, de todas partes del mundo se dan a conocer nuevas propuestas educativas para la formación de profesionales en materia de salud que tienden a subsanar los requerimientos de su realidad médica (ver anexo II).

Todos estos programas se caracterizan por tratar de considerar y conjugar el contexto económico, político y social de su propia región.

3.1 Surgimiento del Plan de Medicina General Integral.

A partir de 1971, en el campo de la educación médica, la Secretaría Auxiliar de Educación Médica de la facultad de Medicina de la UNAM, dirige su interés hacia dos puntos básicos a saber : sobre la investigación en educación médica y en el mejoramiento de la metodología de la enseñanza y de la evaluación.

Con el afán de mejorar la metodología de la enseñanza y de la evaluación, las autoridades de la facultad en turno ponen en marcha ciclos de consulta tanto de maestros como de estudiantes, talleres de trabajo, etc., de los cuales se intentarfa derivar proyectos de investigación en educación médica para la salud. De los estudios efectuados dentro de los talleres se encuentra el de Biro y sus colaboradores, titulado " Un proyecto para la modificación de la Enseñanza de la Medicina " que es propuesto como programa educativo experimental. La meticulosa revisión efectuada por las autoridades de la propia facultad de medicina al proyecto, propicia la aceptación y ponerlo a prueba en una zona de la Ciudad de México (Ciudad Netzahualcoyotl), con 66 alumnos de primer ingreso ubicados en -- una unidad docente experimental, en un período de 10 meses (de marzo de 1973 a diciembre del mismo año).

Este proyecto postulaba como objetivo primordial el coadyuvar en la solución de los problemas de educación médica para los que pasaba el país, tales como :

1. aumento desmesurado de aspirantes que no encontrarán cabida en las instituciones educativas existentes ;
2. la existencia de apatía o mínima motivación de parte de los estudiantes hacia la adquisición de conocimientos de las ciencias básicas ;
3. notable rompimiento entre los conocimientos teóricos y la práctica médica ;
4. franca preferencia por el estudio de especialidades y ejercitar el saber médico en centros hospitalarios, sobre la prevención de la salud y la medicina comunitaria, en contraposición con la necesidad en constante aumento de éste último tipo de atención médica. (42)

Los resultados del programa experimental fueron evaluados como satisfactorios, sirviendo así de base para la elaboración del proyecto definitivo presentado como Plan Experimental de Medicina General (Plan A-36) y aprobado en febrero de 1974. Cabe mencionar que dichos resultados, en principio, dieron origen a los dos primeros años de la carrera (primer nivel) y en el año de 1976 es cuando se aprueba el programa académico del tercer año correspondiente al segundo nivel de educación.

La estructura académica del segundo nivel, se fundamenta en el " Programa Experimental de Clínica General " propuesto por la facultad de Medicina pretendiendo solucionar las siguientes cuestiones :

- " 1. Demanda creciente de educación superior, selectiva preferentemente hacia la medicina que originó masificación educativa, con pérdida de la proporción entre los recursos y las necesidades ;
2. crisis de la medicina contemporánea, con super subespecialistas que ha creado una organización de la atención médica sofisticada y compleja, con énfasis en la medicina curativa de segundo contacto y costos elevados ;
3. recursos limitados para la atención médica de contacto primario ;
4. contradicciones entre los objetivos de la enseñanza tradicional de la carrera que pretende formar médicos generales con actitudes preventivas y capacidad suficiente para atender los problemas habituales de contacto primario sometiendo a adiestramiento teórico práctico en clínicas y hospitales de especialidad, donde se ven etapas muy avanzadas de enfermedad y procesos patológicos raros que no presentan la realidad de la consulta general. " (43)

La aprobación de este programa es en 1975 y es impartido a un grupo piloto de 18 alumnos en la clínica 30 del IMSS.

aprobados estos dos proyectos, considerados básicos para la estructura del nuevo plan de estudios de medicina, se procedió a realizar un inventario de las habilidades indispensables para el ejercicio de la práctica general de la medicina.

Actualmente el Plan de Medicina General Integral se sigue impartiendo en cuatro unidades docente-asistencial. Es equivalente al plan tradicional que se imparte en la facultad de Medicina de la UNAM. Desde su nacimiento ha experimentado varias modificaciones que han servido de parámetro para reforzar sus fundamentos, sus postulados, su metodología y conceptos, mismos que han permitido graduar a más de cuatro generaciones.

3.2 Principales Características y Fundamentos del Plan de Medicina General Integral. *

3.2.1 Propósitos.

El Plan de Medicina General Integral tiene como objetivo principal el formar médicos con una formación integral (científica, humanística y social) capaces de proporcionar una atención de alta calidad en medicina general y preventiva, cuyas actividades se orientan al mantenimiento de la salud, a la prevención, al diagnóstico al estudio, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades más frecuentes de la comunidad, propiciándose así una

* La información aquí presentada sobre el Plan de Medicina General Integral, fue obtenida del Documento del Dr. Prado . Revisión Curricular. Antecedentes Históricos y Actualización. Facultad de Medicina. 1982.

atención médica completa y continua, no sólo al hombre como ser individual, sino fundamentalmente a la familia a través del uso y coordinación de los recursos disponibles.

La implementación del plan, propone sí mismo superar la metodología y tendencias arraigadas dentro de la enseñanza tradicional de la medicina.

3.2.2. Criterios en los que se sustenta la nueva propuesta.

Los criterios son los siguientes :

- basarse en objetivos de aprendizaje precisos, congruentes con la realidad y que orienten las decisiones sobre la estructura del plan de estudios, las actitudes de aprendizaje y enseñanza, la metodología didáctica, la evaluación del aprendizaje y de la propia enseñanza ;
- llevar la enseñanza de la situación real con las que se enfrentan los problemas que el alumno debe aprender a resolver en cada etapa de sus estudios ;
- evitar la división de la teoría con la práctica, de manera que el conocimiento científico sea retenido por el alumno al ser aplicado a un esquema de acción. La parcialización del conocimiento crea áreas paralelas de competencia en el mismo estudiante ;
- hacer un cambio hacia una metodología activa que de la oportunidad al alumno de realizar por sí mismo actividades de aprendizaje en el campo cognoscitivo, psicomotor y afectivo. (44)

(44) Cfr. Conceptualización y estrategias para la evaluación, Laguna, p. 7.

- la incorporación del conocimiento médico, se basa en la sucesión de experiencias del diagnóstico y solución de problemas, alrededor de los cuales se estructura y adquiere significación la información teórica científica. La teoría y la práctica se integran con un proceso diacrónico de aprendizaje teórico deductivo. Conforme al enfoque teórico de los esquemas de acción de Piaget, se infiere un proceso sincrónico de alteraciones de los métodos teórico-deductivo y empírico-inductivo, lo que equivale a referirse a una enseñanza simultánea de la teoría y la práctica. (45)

3.2.3 Principios en los que se basa el Plan.

El Plan de Medicina General Integral, postula básicamente los siguientes principios :

- lograr una amplia y real integración entre la escuela y la sociedad, ya que la enseñanza de una profesión no se debe limitar a los conocimientos que se ofrecen en las aulas, sino que la enseñanza debe estar más allá, es decir, debe conjugarse con la experiencia extra-muros acorde a la realidad.
- proporcionar una formación integral, mediante la conjugación adecuada de la teoría con la práctica que permitirá tener una visión del hombre como ser biológico, psicológico y social.
- superar los propios cánones tradicionales del proceso enseñanza-aprendizaje, logranse así que dichos procesos adopten nuevas tendencias tanto en el alumno como en el docente.

3.2.4 Conceptualización de la enseñanza modular dentro del Plan de Medicina General Integral.

A la enseñanza modular dentro de este plan se le concibe como una " estructura integrativa multidisciplinaria de actividades de aprendizaje que en un lapso flexible de tiempo -- pretende alcanzar objetivos educacionales de capacidades, destrezas y actividades dirigidas a la solución de problemas; se trata que desde el inicio de las actividades académicas integre la teoría y la práctica propias del médico general, que puede englobarse -- dentro del ámbito de la biomedicina, de la clínica y de la medicina comunitaria que incluye aspectos epidemiológicos. " (46)

La estructura académica modular, se organiza en torno a lo que se ha denominado la tríada investigación docencia - servicio - investigación, siendo el elemento dominante en el Plan de Medicina General Integral el de docencia.

El enfoque modular que apoya a la enseñanza de la medicina se sistematiza por áreas, que tiende a configurar el conocimiento médico; dicha área son : biología, psicología, sociología, clínica, patología y epidemiología, pretendiéndose mediante esta integración y de acuerdo a los enfoques modernos de la educación médica, transmitir al alumno la capacidad y el hábito de estudiar al ser humano en sus tres aspectos : social, biológico y psicológico.

En general, se puede afirmar que la concepción modular, se basa en el modelo epistemológico de la teoría del reflejo, referida a " una relación cognoscitiva en la cual el sujeto y el objeto mantienen su existencia real y objetiva, a la vez que actúan el uno sobre el otro ... se atribuye un papel activo al sujeto que a su vez está sometido a condicionamientos diversos en particular, a determinantes sociales, que introducen en el conocimiento una visión de la realidad transmitida socialmente. " (47)

3.3 Organización y estructura académica del Plan de Medicina General Integral.

La mínima vinculación que se observa entre los egresados de las escuelas de medicina y la capacidad que de estos demanda la sociedad, sigue siendo el planteamiento de mayor validez que exige la implementación de nuevos enfoques en la educación médica del país. Existe -- una notable tendencia de los egresados de sistemas tradicionales de enseñanza médica para incorporarse a los estudios de especializaciones a pesar de que los requerimientos de la -- mayor parte de la población son la atención de primer nivel.

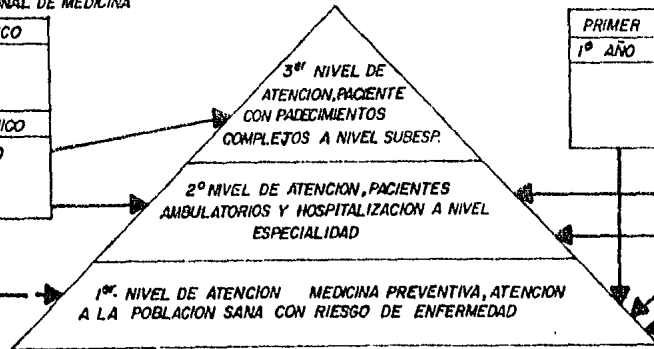
Tomando en cuenta la división en cuanto a los tipos de atención médica en los que se ubica a la población y la práctica de la medicina que debe ejercerse, tenemos que el Plan de Medicina General Integral (PMGI) dirige su enseñanza a satisfacer las necesidades inferiores de la pirámide, mientras en la enseñanza tradicional, se dirige hacia los extremos superiores de la misma.

TENDENCIA EN LA FORMACION DE LA MEDICINA DEL SISTEMA TRADICIONAL DE MEDICINA

CICLO BASICO
1º Y 2º AÑO
CICLO CLINICO
3º, 4º Y 5º AÑO

TENDENCIA EN LA FORMACION DE LA MEDICINA EN EL P.G.M.I.

PRIMER NIVEL		SEGUNDO NIVEL	
1º AÑO	2º AÑO	3º AÑO	4º AÑO



3.4 Esquema general del Plan de Medicina General Integral.

La carrera de Médico Cirujano que se imparte bajo el plan de estudios de Medicina General Integral tiene una duración de cinco años (la duración de este plan es igual a la del --- plan tradicional). Está constituido por dos niveles; cada nivel se cursa en dos años, teniendo una duración aproximada de 42 semanas y un año más que corresponde al servicio social.

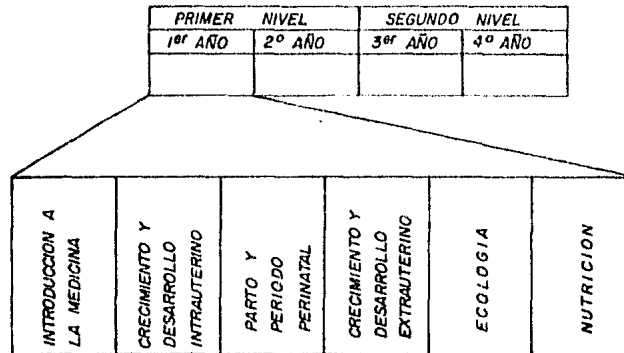
PRIMER NIVEL		SEGUNDO NIVEL	
1 ^{er} AÑO	2 ^o AÑO	3 ^{er} AÑO	4 ^o AÑO

SERVICIO SOCIAL
5 ^o AÑO

Primer Nivel

a) Estructura.

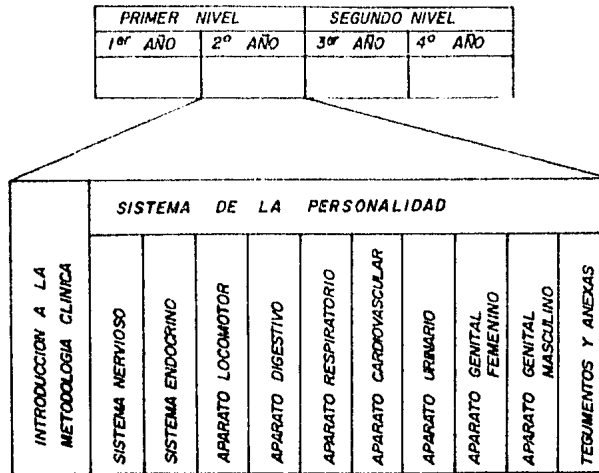
Primer Año. La formación de este año está dada por el estudio del proceso de crecimiento y desarrollo del ser humano. Su objetivo es proporcionar elementos metodológicos sustantivos para el estudio del proceso salud-enfermedad de la población. Constituyen a este primer año seis módulos. Las actividades teóricas se efectúan en el aula-laboratorio y el trabajo asistencial se lleva a cabo en la comunidad, centros de salud y centros materno - infantiles.



Fuente : Plan de Medicina General Integral.

Segundo Año. Los contenidos de este año, se basan en la relación existente entre los aparatos, sistemas y el organismo en su totalidad y entre éste y el medio ambiente. Se configura por 12 módulos. Dentro de estos se encuentra el módulo del sistema de la personalidad que sirve de integrador y apoyo para los demás durante el curso de todo este año.

Las actividades del alumno son efectuadas en la comunidad, centros de salud e higiene escolar.



Puente : Plan de Medicina General Integral.

b) Actividades docente-asistencial del primer año.

El trabajo docente-asistencial, actualmente se lleva a cabo en cuatro unidades docentes : tres de ellas se encuentran ubicadas en zonas periféricas - Agrícola Oriental, Ciudad Nezahualcoyotl y Cuajimalpa - próximas a centros de salud de la SSA. La otra unidad docente es la de Ciudad Universitaria; ésta a diferencia de las otras, no se encuentra adjunta a algún centro de salud (los alumnos de este plantel deben trasladarse a un centro de salud cercano). La unidad de CU tiene cabida para 96 alumnos, divididos en cuatro grupos (2 de primer nivel y los otros en el segundo); así mismo, posee cuatro aula-laboratorios, un laboratorio multidisciplinario, un bioterio, biblioteca y su sección administrativa entre otras cosas .

Actividades docentes del Primer Nivel. (aula-laboratorio)

En este nivel. el alumno tiene una participación más activa (y en general en toda su estancia en el plan) con sus tutores en : discusiones referidas al contenido de los módulos, a través de prácticas de laboratorio complementarias, en sesiones bibliográficas y seminarios integradores (duración aproximada de 18 hrs/semana).(47)

(47) Plan de Medicina General integral.

Actividades asistenciales en el primer año.

- ° En el Centro de Salud. Los alumnos cubren 10 hrs a la semana, distribuyéndose en forma rotatoria en los servicios de la unidad. La presencia de los alumnos en estos sitios, coadyuva a cubrir objetivos de las áreas cognoscitivas, afectivas y psicomotriz; así mismo, se da la participación de ellos, en programas de inmunización, detección de enfermedades transmisibles y pláticas de educación para la prevención de enfermedades.

- ° En el Hospital de Gineco-Obstetricia. Una vez cada 15 días, durante 6 hrs., el alumno asiste al hospital de la SSA para poner en práctica (asesorado por el tutor de apoyo) y constatar sus conocimientos adquiridos, mediante la observación y ocasionalmente participando en el control de trabajo de parto, asistencia al parto, atención al recién nacido, observación del puerperio y cursos de planificación familiar.

- ° En la comunidad. El propósito que se desea alcanzar mediante el trabajo en comunidad es el brindar a los estudiantes conocimientos reales de la medicina social de nuestro país, así como propiciar cambios modestos dentro de una comunidad considerando los recursos existentes y el contexto en el que se encuentran. Para lograr estos objetivos, el trabajo comunitario propone varias acciones :

+ Investigación a la comunidad. Mediante esta investigación se pretende elaborar una correlación entre el estado de salud de un grupo de familias y algunas variables sociales, económicas, culturales y nutricionales.

+ Control epidemiológico. El alumno efectuará la vigilancia del proceso salud-enfermedad del mismo grupo familiar, que ya ha sido identificado, mediante actividades específicas de :

' Promoción de la salud

- Pláticas a grupos de familias
- Canalización al Centro de Salud de :
 - * niños sanos
 - * madres embarazadas

' Prevención específica.

- Canalización de casos de enfermedades al Centro de Salud ;
- Búsqueda activa en el grupo de familias de casos -- sospechosos en el problema de : tuberculosis, detec
ción oportuna de cáncer, planificación, fiebre reumá
tica, deabetes mellitus, etc..

Actividades asistenciales del segundo año.

- ° En el Centro de Salud. El estudiante ejecuta y complementa las mismas actividades del primer año, pero además inicia su participación en programas de higiene escolar, en el cual se avocará a detectar padecimientos propios de la niñez.

- ° En la Comunidad. Se efectuará un seguimiento familiar, además de una investigación sociomédica (especialmente epidemiológica) de un problema presente en la comunidad. (48)

Segundo Nivel.

a) Estructura.

Tercer Año. Se estructura este año mediante la estudio de la naturaleza de la enfermedad Su desarrollo es a través de la revisión de aspectos básicos, clínicos, epidemiológicos, psicológicos y sociales de las enfermedades más frecuentes a nivel de atención médica. Este año lo integran tres módulos. El trabajo docente se lleva a cabo en aulas de las instituciones del IMSS y las actividades asistenciales son ejecutadas en los servicios de gineco-obstetricia y en unidades de medicina familiar de la misma institución.

PRIMER NIVEL		SEGUNDO NIVEL	
1 ^{er} AÑO	2 ^o AÑO	3 ^{er} AÑO	4 ^o AÑO

INTRODUCCION A LA CLINICA	HISTORIA NATURAL DE LAS ENFERMEDADES	
	GENETICA, OBSTETRICIA Y DESARROLLO	VIDA DE RELACION
		NEUROLOGIA
		OFTALMOLOGIA
		OTORRINOLARINGOLOGIA
		ENDOCRINOLOGIA
		DERMATOLOGIA
		PSIQUIATRIA

Fuente : Plan de Medicina General Integral.

Cuarto Año. Su estructura se basa tanto en el ejercicio de la medicina general en hospitales como en la capacitación precisa del estudiante para referir al enfermo a la atención especializada requerida. Las actividades asistenciales se ejercen en la consulta externa, servicios de hospitalización y servicios de urgencia de la propia institución ; las actividades docentes se efectúan en las aulas de los hospitales generales de zona. Los módulos que integran este año suman un total de seis.

PRIMER NIVEL		SEGUNDO NIVEL	
1er AÑO	2º AÑO	3er AÑO	4º AÑO

GINECOLOGIA	TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	REGULACION DE GASES	PEDIATRIA	REGULACION LIQUIDOS Y NUTRIENTES				LA MEDICINA Y LA SOCIEDAD
				NEFROLOGIA	CARDIOVASCULAR	SANGRE Y TEJIDOS HEMATOPOYETICOS	GASTROENTEROLOGIA	

b) Actividades docente-asistenciales del segundo nivel.

Las actividades docentes del segundo nivel son efectuadas mediante sesiones de revisión y discusión del contenido de los módulos, ya sea con el respectivo tutor-coordinador o -- por convenio con algún médico que desee apoyar a los alumnos en un módulo específico. -- Las actividades docentes se llevan a cabo en las aulas de los hospitales médicos familia res y generales de zona.

Actividades asistenciales del tercer año.

Estas actividades son efectuadas en las unidades de medicina familiar (en diversos con sultorios de servicio externo). Con la supervisión del tutor de apoyo, se lleva a cabo atención médica primaria, con base en la historia natural de las enfermedades más frecuen tes.

En los hospitales de gineco-obstetricia, las actividades del estudiante se orientan al -- cuidado de trabajo y atención al parto, atención al recién nacido y de la puerpera, y cur sos de planificación familiar.

M A T U T I N O	UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR				
	MEDICINA FAMILIAR (20 SEMANAS)	3 SEMANAS CADA UNO			
		MEDICINA PREVENTIVA	PLANIFICACION FAMILIAR	PRIMEROS AUXILIOS	LABORATORIO CLINICO
V E S P E R T I N O	HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA (20 SEMANAS)	UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR (20 SEMANAS)			

Actividades de Investigación.

Siguiendo la línea de los trabajos de investigación emprendidos en el primer nivel, en este año se deben realizar investigaciones clínicas sobre temas relacionados con la medicina familiar. El buen desarrollo y elaboración de estos trabajos está asesorado por el epidemiólogo y el tutor-coordinador de la Unidad de Medicina Familiar.

Actividades asistenciales del cuarto año.

- ° En los servicios de internado del hospital general de zona, se brinda atención médica en el nivel secundario, con base en la historia natural de las enfermedades.
- ° En los servicios de urgencia se ofrece la atención de urgencias de contacto primario.
- ° En el hospital de gineco-obstetricia, el alumno proporcionará atención secundaria con base en la historia natural de las enfermedades ginecológicas más frecuentes.
- ° En la consulta de especialidad el estudiante brinda asistencia a la atención médica terciaria.

Cabe mencionar que todas las actividades antes mencionadas, deben ser supervisadas por el tutor de apoyo.

La programación de las actividades asistenciales para los alumnos del cuarto año es la siguiente :

HOSPITAL GENERAL DE ZONA

SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA							SERVICIOS DE HOSPITALIZACION			
MATUTINO	DERMATOLOGIA	OTORRINOLARINGOLOGIA	OFTALMOLOGIA	GASTROENTEROLOGIA	CARDIOLOGIA	URONEFROLOGIA	TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	MEDICINA INTERNA (NEUROLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, NEUMOLOGIA)	PEDIATRIA	CIRUGIA Y GINECOLOGIA
	3 SEMANAS CADA SERVICIO							7 SEMANAS CADA SERVICIO		
VESPERTINO	SERVICIO DE URGENCIAS MEDICO-QUIRURGICAS (21 SEMANAS)						SERVICIO DE HOSPITALIZACION (21 SEMANAS)			
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA										

Fuente :Memorias del Primer Seminario - Taller de Análisis del Plan de Medicina General Integral. 1982.

Actividades de investigación.

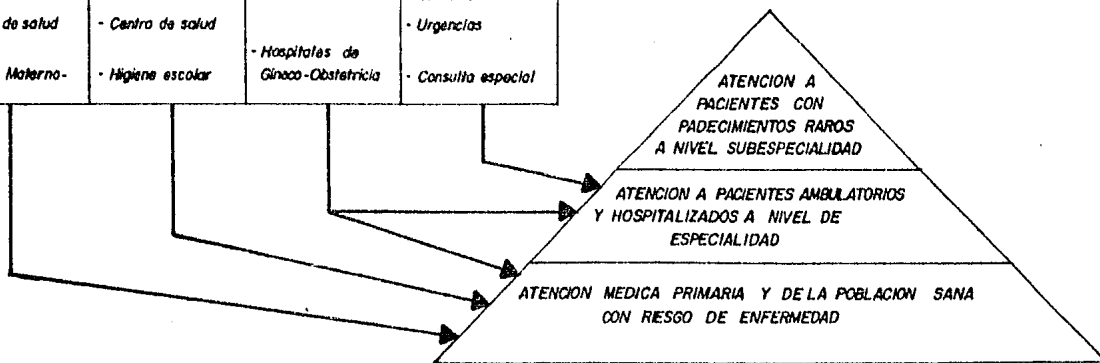
La investigación que se requiere por parte de los alumnos en este año, está relacionada con temas de medicina del trabajo. Para el apoyo y la supervisión de estos trabajos se encuentra el jefe de enseñanza, el tutor coordinador y el encargado del departamento de medicina del trabajo del hospital general de zona.

3.5 Estructura del Plan.

3.5.1. Estructura Diacrónica.

El reconocimiento de la estructura que presenta la población en cuanto a niveles de salud, en combinación con el principio pedagógico que señala que en el proceso de aprendizaje, el alumno debe ir adquiriendo el conocimiento de lo simple a lo complejo, ha permitido establecer dos niveles de preparación del estudiante (nivel de atención primaria y nivel secundario), los cuales han propiciado la estructura alrededor de la cual se sistematiza la enseñanza.

PRIMER NIVEL		SEGUNDO NIVEL	
1er AÑO	2º AÑO	3er AÑO	4º AÑO
- Comunidad	- Comunidad	- Unidad de medicina familiar	- Hospital general de zona
- Centro de salud	- Centro de salud	- Hospitales de Gineco-Obstetricia	- Urgencias
- Centro Materno-	- Higiene escolar		- Consulta especial



Fuente : Plan de Medicina General Integral

Primer Nivel. Dentro de este espacio, se ubica la población supuestamente sana; la atención que se brinda, es en diversos centros de salud y en hospitales materno infantiles. En este nivel son aplicadas medidas de prevención y diagnóstico temprano de enfermedades.

Las actividades permanentes para este nivel de atención, permiten a los alumnos a través del contacto con este sector de la población aplicar medidas preventivas que coadyuvan y orienten a la formación del médico general y se conoce la necesidad de aplicar medidas terapéuticas.

Segundo Nivel. En este terreno se encuentra la población enferma, tanto en su fase ambulatoria (morbilidad) como de hospitalización, y su atención se lleva a cabo en unidades de medicina familiar y hospitales generales del IMSS.

A través de la atención ofrecida a este sector, el alumno aprende la historia natural de las enfermedades más frecuentes, así como su diagnóstico, --tratamiento y rehabilitación, y el uso racional de los servicios a que deben ser remitido los casos de servicio de especialidades. Dentro de este nivel el alumno podrá continuar con la observación de los enfermos a nivel de atención primaria y ejecutará medidas terapéuticas utilizando los servicios de atención hospitalaria y consulta especializada.

La conjugación de todas estas actividades, permite al estudiante aprender la forma en la que el médico general debe solucionar problemas de urgencia a nivel primario.

3.5.2. Estructura Sincrónica.

Bajo el principio pedagógico de mantener la información teórica incorporada a la acción, - el PMGI tiene una aplicación inmediata y continua de la teoría a la práctica permitiéndose de esta manera el desarrollo de hábitos de estudio permanentes y procesos superiores de raciocinio : inductivo-deductivo, análisis-síntesis y juicio crítico, propiciando que el alumno resuelva problemas que van aumentando su grado de complejidad (esto se puede observar tanto en el nivel de salud que atiende como en los niveles del plan de estudios). (49)

La incorporación que hace el alumno de estos procesos (inductivo-deductivo, análisis-síntesis y juicio crítico) se logra mediante el adiestramiento que va obteniendo en los direrentes centros de atención periférica de la comunidad : centros de salud, centros materno-infantil, escuelas primarias, unidades de medicina familiar, consulta de especialidad, urgencias y hospitalización.

Conforme al progreso que se va dando del conocimiento en los lugares estratégicos de trabajo, se permite una óptima distribución del conocimiento teórico proporcionado en el aula--laboratorio de las unidades docentes; y la aplicación práctica en los diversos centros de atención médica, con una integración racional de los conocimientos básicos y clínicos. Esto es lo que evita la división arbitraria entre ciencias básicas y clínicas; es decir, entre teoría y práctica.

PRIMER NIVEL 1º Y 2º AÑO	SEGUNDO NIVEL 3º Y 4º AÑO
<u>TEORIA</u> AULA · LABORATORIO DE LA UNIDAD DOCENTE	<u>TEORIA</u> AULA DE LA UNIDAD MEDICA
<u>PRACTICA</u> <ul style="list-style-type: none"> · Comunidad de area marginal · Centro de salud · Centros hospitalarios materno-infantiles · Escuela primaria 	<u>PRACTICA</u> <ul style="list-style-type: none"> · Unidad de Medicina Familiar Consultorios · Hospital de Gineco-Obstetricia Unidad foca-quirurgica · Hospitales generales de zona Consulta externa especializada Hospitalización Urgencias

Para lograr la enseñanza integral de la medicina que propone el PMGI se adopta la intrucción de tipo modular, sistematizandose así, el conocimiento por áreas. Mediante la sistematización por áreas, se asegura que el estudiante reciba una información científica simultánea para su capacitación profesional. Así mismo, permite al alumno concebir al hombre como un ser integrado desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

ENSEÑANZA MODULAR POR AREAS	
PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL
BIOLOGIA PSICOLOGIA SOCIOLOGIA CLINICA PATOLOGIA EPIDEMIOLOGIA	

3.5.3 Estructura de los módulos.

Cada módulo se estructura de la siguiente manera:

Título del módulo

Meta general

Situación de referencia

Examen de la situación de referencia

Descripción de los objetivos

Cognoscitivos

de habilidades de destrezas

Análisis de tareas

En la comunidad

En el centro de salud

En la unidad docente

Implementación y procedimientos

Documentos de información

Materiales audiovisuales

Sesiones bibliográficas

Prácticas de laboratorio

Evaluación

Programa semanal de actividades

Bibliografía general. (50)

El contenido de las unidades de información que conforman al módulo adopta la siguiente es
tructura :

Nombre del documento

Información para el uso del material

Responsable de la elaboración

Fecha de utilización

Requisito para su utilización

Actividades para las que se diseñó

Material de apoyo

Recursos personales

Tiempo estable para su revisión

Objetivos de aprendizaje del documento

Contenido propiamente dicho

Preguntas de autoevaluación

Bibliografía especial para el documento.

(51)

3.6 Organización.

En cuanto a su organización, el plan cuenta con una coordinación general cuyo apoyo académico lo fundamenta a su vez en dos coordinaciones a cada una de las cuales le corresponden dos años de la carrera. En la coordinación de los dos primeros años (primer nivel) los recursos docente-asistenciales que se utilizan, son cuatro unidades que fueron construidas para estas actividades. El segundo nivel se responsabiliza de los dos últimos años y utiliza como recurso docente-asistencial las unidades de medicina familiar y los hospitales - generales de zona y gineco-obstetricia del IMSS.

Para dar apoyo logístico a las actividades del programa, la coordinación General posee cuatro departamentos :

- **comunidad.** Con funciones normativas y de apoyo en cuanto a las actividades que realizan alrededor de la epidemiología y la salud pública en la comunidad ;
- **evaluación.** Orientado principalmente a apoyar la evaluación del proceso enseñanza-aprendizaje, así como también al desarrollo de algunas actividades específicas de investigación en este campo ;
- **apoyo técnico.** Se orienta a dar apoyo al personal docente en cuanto a la elaboración y a provechamiento de material didáctico y audiovisual, de acuerdo a los señalamientos que integran el plan de estudios ;
- **laboratorio.** Es el responsable de coordinar la realización de actividades prácticas en esta área..

IV El papel del docente y el alumno en el PMGI

Siendo el propósito de este estudio el identificar el papel que asume tanto el docente como el alumno en un sistema innovador de enseñanza como es el Plan de Medicina General Integral, es necesario considerar y analizar este punto con un poco más de profundidad.

El adoptar un sistema de enseñanza no convencional como es el Plan de Medicina Integral, implica necesariamente transformar las relaciones sociales que se da al interior y al exterior de la institución educativa. De acuerdo con el nuevo tipo de profesionista a formar, con la necesidad de integrar una nueva práctica profesional con aspectos tales como la investigación, la docencia y el servicio, mediante un estudio interdisciplinario que es necesario hacerse de la problemática a estudiar, se requiere el establecimiento de cambios en las relaciones entre autoridades, docentes, estudiantes, trabajadores, instituciones y en la propia comunidad.

Asumir un sistema de enseñanza de esta naturaleza, plantea también la modificación de estructuras, programas y métodos, los cuales postulan como función principal del proceso educativo la formación y no sólo la información. El proceso enseñanza-aprendizaje, se -

convierte aquí en una actividad de reflexión y acción, más que de asimilación y pasividad, que puede ser orientada hacia la creatividad coadyuvando así al desarrollo de una conciencia crítica de la realidad que se presenta.

" Los conocimientos no provienen únicamente de la percepción ni de la sensación, sino del conjunto de acciones que el sujeto ejerce sobre los objetos de estudio en un contexto determinado ". (52) El acceder el sujeto al conocimiento por medio de la acción que ejerce sobre el objeto, lo transforma.

Es por eso que considerando estos preceptos e identificándolos dentro de este tipo de instrucción, hay una total oposición a la enseñanza absolutista y dogmática, asignándosele así al educando un rol activo, permitiéndosele de esta manera transformar los hechos y fenómenos que el medio ambiente le proporciona, Aquí está implícito un concepto de ciencia, el cual enfatiza un carácter instrumental para la transformación de la realidad y que une el proceso de producción científica con las necesidades sociales. " En este sentido, el aprendizaje implica un proceso de transformación sucesiva para el acercamiento a la verdad objetiva que tiene lugar como consecuencia de la interacción del sujeto con el objeto de conocimiento en un contexto determinado ". (53)

Las consideraciones anteriores pueden ser, en principio, el planteamiento de una educación activa y problematizadora. Para llevarla a cabo, no basta que el docente sea la suficientemente hábil para exteriorizar sus experiencias y conocimientos por medio de la instrucción -

(52) PANZA, Margarita. op. cit. p 45

(53) Ibidem.

magistral, ni que el estudiante los interiorice cuando le sea requerido, sino que se plantea como necesaria la participación conjunta del educando y el educador para que pueda dar la reciprocidad en el hacer y recibir.

El papel del docente en el PMGI.

Al incorporarse el docente en una institución educativa, sus funciones estarán determinadas por el contexto institucional. Los aspectos presentes de este contexto parte de las características del diseño curricular y de los objetivos explícitos de la institución.

Así pues, el PMGI ha establecido una enseñanza tutorial caracterizada, por una parte, por ser personal, y por otra, por llevarse a cabo con grupos reducidos de alumnos en los que el intercambio y el proceso enseñanza-aprendizaje se establece de manera dinámica entre el alumno y el tutor.

Por una educación personalizada se entiende un enfoque de la educación, el cual pretende convertir el aprendizaje en un medio que coadyuva en la formación de la persona. Cabe aclarar aquí el concepto de persona, el cual puede ser entendido como un ser que explora y es capaz de cambiar el mundo que lo rodea. (54)

Bajo esta perspectiva, el tutor debe concebir al alumno como : un ser concreto, perteneciente a una sociedad determinada y poseedor de un determinado bagaje cultural: pero como ser individual inmerso en una colectividad, es capaz de pensar considerando su propia capacidad), de crear su propio lenguaje, simbología, prever y plantear sus acciones, utilizar

instrumentos y técnicas que permitan modificar el concepto de sí mismo y por ende el de su propia naturaleza.

Conforme a estos lineamientos, la instrucción tutorial pretende :

- establecer un abierto canal de comunicación tutor - alumno, pero no sólo con el propósito de tratar cuestiones temáticas, sino con el objeto de iniciar una relación con mayores dimensiones ;
- brindar el suficiente apoyo para el logro de objetivos, contenidos, experiencias de aprendizaje, etc., tomando en cuenta la potencialidad del alumno en formación, tanto en las actividades del área médica como en otras complementarias ;
- identificar hasta donde sea posible, la sinámica existente a nivel grupo e individual, ya que el reconocimiento de ésta podrá coadyuvar en la adecuada orientación del proceso enseñanza-aprendizaje ;
- mantener comunicación individual con cada uno de los estudiantes y con el grupo en sí, pero el grupo no debe ser considerado como la suma de individuos, sino que el estudiante es una entidad con características propias.

Se ha señalado que la instrucción tutorial, se caracteriza también por llevarse a cabo en grupos reducidos de trabajo. El adecuar un ambiente de esta naturaleza puede ser utilizado, en cierta medida, como un esquema propicio para fomentar la formación de actitudes en los alumnos, tendientes a la obtención de algunas conductas necesarias para implementarlas en su realidad con el paciente. " No puede lograrse una relación más humana entre el

paciente, si correlativamente no ocurre lo mismo con la relación docente - alumno en el área de la educación médica ". (55)

En general, las características y funciones que debe poseer el tutor del PMGI son :

- tener un amplio enfoque de la medicina general y de la práctica profesional propuesta en este proyecto educativo ;
- conocer y capacitarse en la filosofía y la conceptualización del plan de estudios, - módulos como unidades básicas y metodológicas de enseñanza requeridos para la mejor desarrollo de su trabajo ;
- poseer actitudes favorables hacia el trabajo en equipos multidisciplinarios ;
- realizar en equipos multidisciplinarios y con los estudiantes, investigación, las -- cuales coadyuvan a la identificación de problemas de salud, su explicación, la búsqueda de alternativa, la selección y puesta en marcha de acciones pertinentes ;
- coordinar, organizar, supervisar, administrar y evaluar las diversas actividades de los alumnos conforme a los lineamientos establecidos ;

(55) OCAMPO, Martínez Joaquín. El papel del docente en el sistema de enseñanza Modular. pp. 3 - 13. Perfiles Educativos.

- propiciar el aprendizaje mediante la orientación y asesoramiento del alumno. Conforme a esta forma de enseñanza, el tutor enseña, pero al mismo tiempo aprende ;
- fomentar vínculos de comunicación, interacción, integración y cooperación entre los integrantes del grupo con respecto a los problemas de estudio y en general ;
- mostrar suficiente interés por los alumnos e identificar y ser conciente de la problemática general de la juventud ;
- mostrar dedicación a la enseñanza, espíritu crítico, ética profesional y conciencia de sus limitaciones ;
- poseer seriedad, entusiasmo, tolerancia, accesibilidad, calidad humana, responsabilidad y equilibrio emocional ;
- observar y reflexionar con el grupo los cambios de conducta que se producen y dar retroalimentación a los alumnos al mismo tiempo que el alumno a él; esto es con el objeto de considerar los obstáculos a los que se ha enfrentado y que de alguna manera impiden el logro de los objetivos de aprendizaje. Mediante esta acción, el tutor tiene en cuenta al estudiante y los objetivos de aprendizaje ;

Es importante señalar en este espacio, que la selección de los tutores de las unidades médicas de la SSA y del IMSS, se hace de común acuerdo con cada una de estas instituciones, a las que se les confiere la responsabilidad de identificar y proponer a los -

médicos que posean las características docentes y profesionales, que los capaciten para brindar apoyo tutorial relevante a los alumnos que integran este plan. Esta serie de lineamientos generales que el docente del PMGI debería mostrar, claro es es tá que sería una forma ideal.

El papel del alumno en el PMGI.

La incorporación del alumno en un nuevo sistema de educación como es el PMGI, implica también un cambio actitudinal (diferente a los roles tradicionales), que dependerá definitivamente de la filosofía, objetivos, etc., de la institución de la cual forma parte.

Bajo el planteamiento de un innovador enfoque educativo como éste, el estudiante deja de ser un simple receptor pasivo de información, y comienza a interactuar con varias gamas de medios, materiales, formas de presentación y experiencias de diversas combinaciones, para lograr los objetivos de aprendizaje planteados.

Así pues, de una manera general, las características que debe tener el alumno del Plan de Medicina General Integral, son :

- conocer y asumir por convicción propia la importancia que tiene el médico general en una población como la nuestra ;

- conocer los fundamentos, fines, filosofía del plan de estudios del cual forma parte. El conocimiento de estos aspectos le permitirá identificar y esclarecer el papel que debe asumir en este proceso educativo ;
- tener espíritu emprendedor, creativo, exploratorio y cooperativo, el cual le permitirá asumir una posición activa ante el proceso educativo ;
- estar abierto al cambio y al diálogo tanto en el aula como en el quehacer profesional ;
- poseer actitudes positivas para emprender trabajos en equipo ;
- ser consciente de que de él depende, en gran medida, el éxito de su aprendizaje ;
- poseer capacidad suficiente para incorporar los conocimientos teóricos a una situación concreta y real (este aspecto se iba fomentando paulatinamente en el transcurso de la carrera ;
- asumir posiciones analíticas y críticas de las situaciones que día a día le son presentadas.

Analizando este conjunto de aspectos que en una forma ideal debe poseer el alumno del PMGI, se percibe el alejamiento de una posición pasiva y receptiva; sin embargo, las

nuevas perspectivas que toma esta caracterización no pretende llevar al alumno a un activismo pedagógico, sino que se desea, mediante ésta forma de instrucción, se logre integrar los conocimientos teóricos a la práctica médica concreta a través de la acción - reflexión. " Esto es introducir el concepto de praxis en forma sistemática en la formación profesional, vinculándose así al estudiante con la comunidad de la que forma parte, estudiando sus problemas, uniéndose a sus actividades y actuando sobre ella para -- transformarla ". (56)

Mantener al estudiante en una posición activa, vinculado amplia y continuamente con la teoría y la práctica, plantea algunos problemas, ya que por una parte, es necesario -- cuidar que los contenidos estén acordes a la realidad que le es presentada, y por otra, debe complementarse la integración de las actividades con un orden de complejidad creciente. El no integrar de una manera coherente y continua la teoría con la práctica y la acción con la reflexión, los problemas que le son presentados a los estudiantes son -- abordados superficialmente.

V Descripción de la Investigación.

1. Planteamiento del problema

El Plan de Medicina General Integral, es una nueva alternativa que tiene como objetivo principal el formar médicos generales con un enfoque diferente, en su ejercicio profesional, a los médicos egresados de planes de estudio tradicionales. Esta reciente alternativa replantea, entre otras cosas, el proceso enseñanza - aprendizaje, así como las actividades y funciones que debe asumir el médico general que requiere nuestra sociedad. El implementar un innovador sistema como éste, implica necesariamente la transformación de las relaciones en el interior y exterior de la institución educativa.

Con base es este planteamiento, la presente investigación pretende averiguar si los docentes y alumnos de esta innovadora alternativa de enseñanza, asumen nuevas características ante los cambios actitudinales requeridos en este sistema.

2. Objetivos.

Objetivo General.

Este estudio tiene como objetivo el identificar las características generales tanto del docente como del alumno en un sistema de enseñanza modular como es el Plan de Medicina General Integral, así como conocer los principales aspectos que han impedido el cambio de actitudes que exige esta alternativa educativa.

Objetivo Específico

Determinar si el perfil del docente y del alumno se adecúa a este tipo de enseñanza.

3. Hipótesis.

Las hipótesis formuladas en esta investigación son de tipo descriptivos, ya que pretenden señalar la presencia de ciertos fenómenos o hechos en la población de estudio. Con la comprobación de estas hipótesis no se pretende emitir un juicio definitivo, sino que con esto se pretende abrir algunos caminos para posteriores investigaciones.

Las hipótesis consideradas son las siguientes.

Si el profesor y el alumno :

- tiene conocimiento de los objetivos, estructura, características y filosofía del plan de estudios;

- logra establecer un adecuado vínculo de comunicación entre ellos mismos, grupos interdisciplinarios y en la propia comunidad ;
- logra una organización y coordinación precisa del proceso enseñanza - aprendizaje ;
- asume una posición dinámica, activa dentro del sistema educativo ;
- incide en algún aspecto en la transformación de las relaciones internas y externas de la institución educativa :

entonces se podrá dar un cambio de actitudes según lo postula el Plan de Medicina General Integral.

4. Determinación de la muestra.

Para llevar a cabo esta investigación, se ha seleccionado una muestra de docentes y alumnos que integran este plan. Buscando que la población con la cual se trabajara realmente fuera representativa, se seleccionó el azar una unidad que representara a cada año en que se divide este plan :

- a) para primer año se eligió la unidad Cuajimalpa,
- b) el segundo año fue representado por la unidad de Ciudad Universitaria ,

c) de tercer año se obtuvieron datos de la Clínica Médico Familiar # 28.

d) en el cuarto año se visitó el Hospital General de Zona # 27.

El número total de cuestionarios aplicados en las unidades docentes asistenciales y en los centros de atención médica fueron en general 80; de los cuales, 12 fueron contestados por tutores y los restantes (68) son de alumnos.

5. Procedimiento del estudio.

Para llevar a cabo la investigación se procedió de la siguiente manera :

- primeramente se solicitó permiso en la Coordinación del Plan de Medicina General Integral para visitar diferentes unidades de los dos niveles donde se imparte el plan ;
- obtenido este permiso, se fueron a visitar las unidades (ya señaladas), en donde se aplicaron encuestas tanto a tutores como a estudiantes, así como se estuvo conviviendo con ellos para observar sus actividades cotidianas reales (una semana en cada unidad). Durante el trato que se tuvo con los docentes y estudiantes se realizaron además, entrevistas de manera informal, las cuales se consideran como una fuente bastante y muy rica en información, ya que mediante ésta se abrió un buen canal de comunicación en el cual se pudo expresar de manera espontánea, amplia y libre la forma de pensar y su postura en cuanto al plan del que forman parte.

La conjugación de estas técnicas para obtener información ha permitido tener una visión en general del cómo se está llevando a cabo el plan y la posición adoptada por el tutor y el alumno, pero en ningún momento se emitirá un juicio definitivo sobre la situación de este sistema.

6. Lineamientos del Estudio.

Por diversas variables presentes difíciles de controlar, esta investigación se limita a identificar las características generales reales de los docentes y los alumnos de esta nueva alternativa educativa. El desear conocer sólo este aspecto, es considerado que un cambio de sistema educativo como este, implica la transformación en diversos aspectos y dimensiones, y siendo el profesor y el alumno los elementos inmersos y ampliamente relacionados en este cambio, se toma de interés el indagar cuál es el papel que asumen dentro de este plan.

Una limitante importante, presente durante toda la investigación, fue el poco tiempo de que dispusieron los alumnos y los tutores para constatar los instrumentos diseñados para el estudio, además de la apatía mostrada por algunos estudiantes para responder a los cuestionarios.

7. Descripción de los instrumentos.

Para la obtención de información, esta investigación se basó en la aplicación de encuestas, las cuales estuvieron configuradas por preguntas abiertas. El decidir aplicar un cuestionario de esta naturaleza, fue con el fin de que las personas encuestadas respondieran libremente y a su criterio, la forma y los matices que ha tomado el funcionamiento del plan en cuanto al papel que asume el tutor y el alumno.

Los aspectos que se pretenden conocer por medio del cuestionario son :

Cuestionario para alumnos.

- Aspectos Generales
- Actividades propias de cada año.
 - ° actividades generales y situación individual
 - ° procedimiento para llevar a cabo actividades de investigación
 - ° actividades en las unidades asistenciales

- En general.

Este rubro pretende indagar la situación que percibe el alumno ante el plan del que forma parte.

El cuestionario dirigido a los tutores fue diseñado para conocer :

- Aspectos Generales
 - ° situación individual actual
- Conocimiento del plan
 - ° actividades propias

- ° actividades generales del alumno
- ° opinión general sobre el PMGI.

Las encuestas que fueron aplicadas, tuvieron algunas variaciones; esto fue con motivo de ir adaptando un poco las preguntas específicas de los alumnos en cada año y de las funciones que desempeña el tutor coordinador y el tutor de apoyo.

Es necesario señalar que la estructura que presentan los instrumentos elaborados para este estudio (cuestionario de opinión), tiene el propósito de obtener la mayor información posible, misma que al ser codificada e interpretada podrá reflejar situaciones concretas tanto de alumnos como de tutores que integran el Plan de Medicina General Integral, entre las cuales destacan :

- la procedencia de los estudios del alumno a nivel medio superior. El conocimiento de este factor, podrá ser un indicador importante para ir identificando la factibilidad que el estudiante pudiera presentar al incorporarse a una dinámica de ésta naturaleza ;
- la manera en la cual son realizadas las actividades y la postura que adopta el alumno en las aulas y en su quehacer profesional. La identificación y presencia de estos aspectos, reflejarán en qué medida el estudiante ha podido integrarse dentro de una situación educativa diferente a la tradicional; y hasta qué punto se ha podido propiciar y generar un cambio ;

- las nuevas relaciones a establecer tanto a nivel grupo, con los tutores, con un círculo más amplio de profesionistas, así como en la propia sociedad ; ya que este plan propone precisamente instituir relaciones más estrechas, reales y concretas que deben ir más allá de la práctica médica ;

- los factores que inciden en el proceso enseñanza - aprendizaje; ya que la presencia o ausencia de ellos (material de apoyo didáctico, instrumentales necesarios en clínicas, centros de salud, hospitales; sitios adecuados para sesiones teóricas, etc.), pueden ser aspectos importantes que influyan en la optimización o fracaso de la adquisición del conocimiento ;

- la proporción en la cual se abren canales de comunicación entre los propios tutores del plan, grupos interdisciplinarios, así como con estudiantes y personas involucradas en el mismo ;

- las situaciones que se presentan con mayor frecuencia siendo tutores del PMGI; ya que es bien sabido que una nueva propuesta (como lo es esta alternativa de educación) necesariamente implica una serie de cambios en los roles asumidos tradicionalmente, tanto en los estudiantes como en los docentes y algunas otras personas inmersas en el mismo ; y

- el conocimiento, la aceptación y la opinión general que se tiene del plan. La puntualización de todos estos factores, permitirá señalar una situación real del estudiante y el docente al incorporarse y formar parte de esta opción en la enseñanza de la medicina.

VI Interpretación de los Resultados.

La información recabada mediante los cuestionarios aplicados tanto a estudiantes como a los docentes que conforman una porción del Plan de Medicina General Integral, ha permitido llevar a efecto el correspondiente análisis, mismo que ha sido base para realizar la siguiente interpretación.

Cuestionarios aplicados a los estudiantes.

- Una cantidad considerable de alumnos encuestados (60.29%) provienen de los diferentes Colegios de Ciencias y Humanidades de la UNAM, pero no menos cuantioso es el número de estudiantes provenientes de Escuelas Nacionales Preparatorias (21 alumnos); la mayoría de los egresados restantes han salido de instituciones particulares y sólo una mínima parte de éstos (1.47%) son del Colegio de Bachilleres.

- El ingreso de una proporción alta de estudiantes al PMGI (51.47%) es designado obligatoriamente por parte de las autoridades de la Facultad de Medicina. La detección y afirmación de esta situación puede ser relacionada, así mismo, con el hecho de que un elevado número de aspirantes a esta carrera (54.43%), no tienen conocimiento de la existencia -

de esta alternativa de educación antes de que le sea designada. Unido también a estos hechos, tenemos que, la claridad y el completo conocimiento de los fines y la estructura del plan, aún no lo posee un 10.29% de los estudiantes que actualmente lo integran.

Tomando en cuenta las anteriores perspectivas, se torna interesante señalar que el desconocimiento de esta innovadora propuesta se acentúa más en los alumnos que cursan en estos momentos el segundo nivel de la licenciatura; este hecho es resultado de que anteriormente no había divulgación alguna sobre la existencia del plan; sin embargo, actualmente las autoridades se han preocupado por darlo a conocer en mayores proporciones.

Inverso al hecho del desconocimiento del plan en los alumnos del segundo nivel, se aprecia en ellos un adecuado grado de conocimiento de objetivos y la conformación de la nueva alternativa de la cual forman parte; esto es debido a que los muchachos han estado inmersos en este sistema durante más tiempo. En la actualidad, a la población que ingresa al PMGI desde el inicio se da a conocer la conformación, metodología y propósitos que sigue el plan del cual son parte integral.

- La adopción de una nueva alternativa educativa como es el Plan de Medicina General Integral no sólo es la implementación de una innovadora forma de enseñanza o aprendizaje, sino que implica el cambio o ajuste de una serie de conceptos, postulados, hechos, etc. que se encuentran presentes en un sistema educativo. Entre los cambios sustanciales -- que se toman importantes de identificar, se encuentra el papel del estudiante. Al respecto, cabe señalar que esta propuesta educacional pretende romper con la concepción y la postura que ha tenido el educando tradicionalmente; se propone que el alumno asuma una posición más activa.

El activismo antes mencionado, se refiere a aquella postura que el individuo asume en relación a la conjugación de diversas acciones y actitudes, es decir, el investigar, el cuestionar - reflexionar y crear, el participar, el ser responsable de su propio aprendizaje estableciendo nuevas relaciones ante : la comunidad, su medio educativo, la institución y sobre todo ante su quehacer profesional.

Con base en la anterior perspectiva es interesante analizar el procedimiento que es seguido para la preparación y participación en actividades teóricas y la situación que los alumnos señalan en relación a la adquisición suficiente, integración y aplicación de conocimientos. Al respecto, se indica lo siguiente : una gran proporción de estudiantes preparan sus clases elaborando cuadros sinópticos, esquemas , resúmenes, notas, etc., pero basados casi íntegramente en los textos que se elaboran para apoyar a los contenidos del plan (" módulos"). El seguimiento de esta metodología es muy marcada en los primeros años de la carrera; durante el siguiente año se observa que además de la utilización de estas técnicas, se enriquece la preparación de las sesiones mediante la consulta de bibliografía adicional, revistas, artículos actuales, etc.; sin embargo, se vuelve a caer en una mínima revisión de información durante los dos años posteriores. Este fenómeno está unido en cierta medida al escaso tiempo con que cuentan los estudiantes, sobre todo del último nivel para buscar y profundizar los contenidos, debido a las diversas actividades que se tienen que cubrir según lo estipula el plan.

Las técnicas que son seguidas para estudiar y preparar exámenes más o menos son las descritas anteriormente, es decir, los estudiantes se abocan casi exclusivamente a la revisión de la información de los " módulos ", además de que esta actividad se lleva a cabo de manera totalmente individual; sólo el 11.76% de los alumnos se reúnen en compañía de otros para la preparación de clases y evaluaciones; los demás consideran que el reunirse en pequeños grupos para estudiar, es sólo una acción que quita mucho tiempo; por eso "es preferible llevar cada quien su propio ritmo y metodología, evitando al máximo la pérdida de tiempo valioso ".

Un número considerable de alumnos de segundo nivel (78.94%) afirma, que con frecuencia busca algún tipo de asesoría que coadyuve en su aprendizaje; sin embargo, las orientaciones requeridas son proporcionadas fundamentalmente por algunos médicos especialistas, --- (los cuales no tienen vinculación alguna con el plan).

El investigar temas y casos médicos extracurriculares para ser expuestos en sesiones teóricas lo han considerado todos los estudiantes como algo valioso, de mucha importancia y necesario para obtener mayores conocimientos y para propiciarse una continua superación profesional; no obstante, la frecuencia con que se realiza esta actividad es muy irregular. En el primer nivel, el 13.23% afirma llevar a cabo este tipo de investigaciones con una cierta regularidad; sólo 15 estudiantes señalan que en muy pocas veces lo realizan y un 20% indica que nunca ha efectuado una recopilación de información con este propósito. Los dos últimos años de la carrera, coinciden en asegurar que la ejecución de estas acciones son de gran valor; pero el factor tiempo vuelve a ser un obstáculo poderoso que impide efectuar esta actividad. " Sólo se investigan temas o casos muy concretos cuando es un trabajo designado por un tutor, el cual es discutido regularmente a nivel individual."

La totalidad de la población encuestada indica que la adquisición de conocimientos se va dando de lo simple a lo complejo; así mismo, la mayoría de los estudiantes (60.29%) ha podido ir relacionando los conocimientos adquiridos con diversas áreas de conocimiento, afirmandose por parte de ellos mismos que el conocimiento se propicia de manera integral y no únicamente queda en puro saber teórico, sino que en una gran proporción (64.70%) son aplicados los conocimientos a casos reales y concretos. No obstante, este sentir que se percibe como situación positiva, una elevada cantidad de estudiantes (72.05%) opina que el conocimiento que se imparte en las sesiones teóricas no es suficiente, pues sólo es --tratado superficialmente, debido a que el tiempo es insuficiente para poder abordarlo. Sin embargo, existe un 11.76% de alumnos que señala que " el conocimiento proporcionado sí es suficiente en cuanto que realmente cubre los objetivos planteados para cada módulo"

Retomando las opiniones anteriormente descritas, pueden ser distinguidos varios aspectos que han sido postulados dentro de esta alternativa educativa, siendo algunos de ellos los siguientes : la utilización del método inductivo tanto en sesiones teóricas como prácticas, así como, el poder lograr integrar y relacioner el conocimiento con diversas disciplinas prácticas y teóricas, propiciandose en cierta medida la generación de un saber como producto de la acción que el alumno ejerce sobre una situación real y concreta.

- El PMGI postula que el médico egresado de esta nueva propuesta, adquiere una formación humanística; sobre este aspecto se detecta que " por formación humanística ", se entiende la relación médico - paciente - comunidad y que indiscutiblemente si se da desde el inicio de su incorporación a este sistema ; además este hecho es relacionado con los conteni

dos que son tratados en el módulo de Personalidad impartido en el segundo año de la carrera.

- Tener una participación activa dentro de las diversas actividades propuestas en este plan, se considera de suma importancia para los alumnos, ya que el ser partícipes del propio proceso enseñanza-aprendizaje, propicia un mayor compromiso, responsabilidad y confianza en sí mismos, además que las sesiones se hacen dinámicas, interesantes y retroalimentadoras, es decir, cada sesión debe ser un espacio propicio, libre y abierto a la comunicación. A pesar de esto, no deja de haber una pequeña proporción de estudiantes (4.41%) que opinan que " es mejor que el maestro exponga las clases, pues él es el que tiene mayores conocimientos, y, por tanto, podrá explicar mejor y controlar al grupo ".

La manera en la cual se llevan a cabo la actividad investigativa propuesta en el PMGI* , es otro aspecto que permite detectar ciertas características del estudiante, de las cuales puede decirse : en el primer año, los alumnos casi no efectúan estas acciones y si las realizan son guiadas por el tutor coordinador, reduciéndose a veces a investigaciones bibliográficas propuestas por el mismo docente. En el segundo año se efectúa la investigación en mayor proporción. El tipo de investigación realizada es en escuelas y en la comunidad principalmente. Durante el tercero y cuarto año, se sigue haciendo investigación dirigida básicamente a estudios de enfermedades más comunes en las Unidades Médico Familiares y Hospitales de Zona, buscando en su mayoría el asesoramiento de médicos especialistas y de las mismas unidades. El método científico es en general la metodología utilizada para efectuar las investigaciones.

* Ver pags. 56 - 60, donde se indica el tipo de investigación que se lleva a cabo en cada momento del plan.

- El abordar y explorar el aspecto de las actividades que realizan los alumnos y conocerlas a través de la opinión de ellos mismos, es otro factor que permite identificar algunos rasgos del futuro médico. A este respecto se asegura que las actividades asistenciales propuestas para cada año más o menos se se llevan a cabo tanto en Centros de Salud como en Clínicas Médico Familiares y Hospitales de Zona. En la mayoría de estas unidades, en cierta medida les permiten a los estudiantes actuar libremente dentro de los consultorios, todo depende de algunos factores, tales como, la demanda de atención médica que se registre cada día; el interés y entusiasmo que se muestre; el conocimiento que tiene el tutor de la estructura y metodología del plan; de criterios personales y de las propias técnicas utilizadas por el médico; el tipo de casos que se presenten, etc..

Se deja ver aquí un factor importante, en cuanto a que los conocimientos que se van adquiriendo no quedan sólo en un saber teórico, sino que se va más allá, es decir, los conocimientos teóricos son aplicados a situaciones concretas pudiendo ser plasmados y relacionados en una realidad viva y presente de nuestra sociedad. Esta perspectiva es uno de los principales postulados dentro de un sistema de enseñanza modular y que ha podido ser identificado en esta porción de estudiantes encuestados.

En algunas ocasiones es el propio estudiante el que lleva a cabo toda la consulta, es decir, efectúa un interrogatorio, elabora la historia clínica, explora al paciente y da su diagnóstico (utilización de la técnica aprender - haciendo); todas estas acciones se realizan mediante la asesoría del tutor. Dentro de estas consultas o durante sus guardias, por lo general se establece una buena relación médico -paciente; además, los estu-

diantes brindan pequeñas pláticas u orientaciones sobre las enfermedades presentadas, sus cuidados y la prevención de algunas complicaciones que pueden aparecer. A pesar de que los estudiantes en su mayoría son dinámicos y logran establecer una buena relación con el paciente y/o a nivel comunidad, afirman que no han tenido una plena aceptación ni por parte de muchos médicos (los cuales están en desacuerdo con el plan, no lo conocen, ven en estos estudiantes una mayor competitividad dentro del campo profesional o consideran al plan como un experimento), ni por parte de los pacientes que los ven tan sólo como estudiantes, incapaces de curar aún enfermedades simples o sofisticadas, lejos de brindar una satisfactoria explicación y orientación sobre su malestar.

Otras actividades realizadas de tipo asistencial, son las pláticas que se brindan ya sea en comunidades o en los centros de asistencia; estas actividades se llevan a cabo básicamente durante el primer nivel del plan, y son dirigidas a todo tipo de población. Los temas que se tratan son fundamentalmente prevención de enfermedades, higiene y hábitos de limpieza, planificación familiar, primeros auxilios, enfermedades frecuentes, alimentación, parasitosis, etc.. En los dos últimos años de la carrera, las pláticas se ven disminuidas, aunque se muestra total disposición para ofrecerlas en cualquier momento y a cualquier tipo de público. Los temas que los alumnos están dispuestos a ofrecer son: además de los mencionados anteriormente, educación sexual, atención a la madre embarazada y cuidados al recién nacido, prevención de accidentes, saneamiento ambiental, farmacodependencia y enfermedades gastrointestinales, entre otras.

Si nos detenemos a analizar un poco esta información, podremos percibir el tipo de pláticas que interesan brindar en cada nivel, es decir, en el primero se observa una alta tendencia a ofrecer información a cuestiones muy generales que orientan y coadyuvan a la conservación de la salud, y dentro del segundo, se va especificando un poco más los temas de las pláticas, pero definitivamente están íntimamente ligados al primer nivel de atención

a la salud, el cual debe atender un médico general.

- Otras características generales que fueron identificadas a través de las respuestas emi-
tidas por los estudiantes del PMGI son las siguientes :

En general, los alumnos de este plan no sienten tener el suficiente apoyo que debería de
otorgarseles para lograr los objetivos establecidos, ni por parte de las autoridades del
plan, ni en algunos centros asistenciales; esta falta de apoyo va desde la carencia de ma-
terial didáctico, instrumental en centros de salud, hasta la nula comunicación con autori-
dades, así como el desconocimiento y en ciertas ocasiones el rechazo de la estructura y -
metodología que sigue esta alternativa por parte de los mismos médicos y personas que --
están inmersas o tienen relación con el plan.

Se ha señalado que a los alumnos del plan se les caracteriza como " medicos empíricos " -
por la elevada carga de prácticas y las escasas horas teóricas que le son impartidas, o
también son etiquetados como miembros de una experiencia piloto.

Opuesto a este sentir, existe una mínima proporción de estudiantes que afirman que sí se
les otorga cierto apoyo, esto es en cuanto a que en las unidades asistenciales les han -
permitido ir aplicando paulatinamente sus conocimientos, cuestión que para ellos es una -
gran garantía, además de que la consideran como muy importante.

- Durante la estancia de cada alumno en la carrera, han podido establecer relaciones con
otro tipo de profesionistas (ya sea para apoyar sus proyectos de investigación o como me-
ra consulta), situación que se toma positiva ya que además de poderse iniciarse así, --
una comunicación y el trabajo en pequeños grupos interdisciplinarios, la adquisición y --
aplicación de conocimientos pueden ser abordados, discutidos y retroalimentados desde di-
versos puntos de vista.

- El interés que muestran los estudiantes del PMGI por seguir estudiando una especialidad es sumamente elevado (86.25%), a pesar de esto, dentro de la gran proporción, se observa que algunas tendencias de especialización se dirigen a la atención médica de primer nivel, es decir, los futuros médicos desean especializarse en medicina familiar, general, en gineco-obstetricia, medicina del trabajo, etc..

Los muchachos que desechan la idea de continuar estudiando una especialización (11.76%) indican que sus intereses se abocan básicamente en ser " buenos médicos generales, capacitados para la satisfacción de las necesidades presentes del país, además de ser este el principal objetivo del plan del cual forman parte ".

- En relación a la inquietud que se detecta en los alumnos de medicina por trabajar en -- ciertos lugares, se afirma que un poco menos de la mitad (45.59%) desean prestar sus -- servicios en zonas rurales (pero que cuenten con los medios necesarios), también es importante señalar que una proporción considerable (22.05%) tiene el propósito de ejercer la medicina en forma particular y de preferencia en el Distrito Federal.

- Casi la totalidad de la población encuestada, afirma que el PMGI es una opción positiva la cual " pretende dar un nuevo enfoque a la formación del médico general; - la enseñanza se dirige fundamentalmente a la prevención y no sólo a la curación de las enfermedades; - este plan se vincula ampliamente a situaciones reales de salud del país; - es una alternativa educativa donde se le permite al estudiante desarrollar diversas capacidades individuales de aprendizaje; ets.."

A pesar de presentarse todas estas perspectivas favorables, algunos alumnos opinan que -- hay ciertas desventajas a saber : " en esta alternativa, el internado se efectúa dentro -

del cuarto año de la carrera cuando todavía el alumno aborda contenidos del área clínica; - el tiempo para llevar a cabo todas las propuestas es muy limitado; - el alumno se le deja muy libre ". Dentro de estos " inconvenientes ", vuelve a resaltarse el hecho del des conocimiento y la no aceptación del plan por parte de muchas personas y sobre todo de aquellas que están inmersas en esta propuesta, como es el caso de algunos tutores.

- Entre las características generales que deberían poseer tanto el alumno como el tutor - del PMGI, los estudiantes han señalado las siguientes.

El alumno debe : ' ser un individuo que esté netamente dedicado al estudio, es decir, ser estudiante de tiempo completo ;

' conocer y tener convicción propia del plan del cual forma parte ;

' poseer hábitos de estudio, ya que esto propicia el adoptar una posición responsable, independiente, autodidacta, investigativa, de orden y dedicación, además de un elevado afán de superación ;

' poseer espíritu de servicio y de lucha, así como tener calidad humana;

' ser comunicativo, desenvuelto, dinámico, creativo, crítico, participativo, cooperador, paciente y conciente tanto de la realidad de su país como de la participación que puede tener él dentro de esa realidad.

El tutor debe : ' ser un médico bien preparado, con alto nivel de conocimiento, no sólo en el área médica, sino en diversos campos del conocimiento ;

' poseer preparación pedagógica, unido este hecho a la voluntad y tiempo para realmente involucrarse en un sistema educativo como éste ;

- ' conocer y tener plena conciencia de los objetivos y estructura del plan; así como identificar el papel que es necesario que desempeñe ;
- ' ser accesible, comprensivo, modesto, responsable, con amplio sentido crítico, de gran criterio, activo, con suficiente capacidad de transmisión y que tenga un constante interés por su actualización y superación personal y profesional.

Resultado del cuestionario aplicado a docentes.

El análisis de las respuestas emitidas por los tutores, también han permitido detectar ciertas características en estos docentes, siendo algunas de ellas las siguientes :

- Tutores Coordinadores.

En general, los tutores que forman parte del PMGI son personas jóvenes, sus edades oscilan entre los 30 y 35 años.

Actualmente, los docentes que son responsables de los grupos de primer nivel, además de encontrarse laborando en este plan, brindan sus servicios en algún otro lugar de atención médica dentro de las áreas de Medicina Preventiva, Familiar o simplemente ejercen de forma particular la medicina general. Es muy común encontrar que los tutores coordinadores del segundo nivel sean médicos especialistas que ejercen su profesión en una unidad de atención médica del Seguro Social, y además son reconocidos e identificados por su gran capacidad.

El anterior aspecto detectado, vendría a contrastar en cierta medida lo postulado en el --

plan, en el sentido en que es conveniente de que los tutores sean médicos generales, ya - que no se descarta la posibilidad de que un médico especialista (y sobre todo siendo tu- tor coordinador que está en mayor relación con los estudiantes), de manera indirecta --- transmita a los alumnos el interés por el estudio de una área específica de la medicina, disgregándose así el propósito del plan que es la formación de un médico general, o bien, el ser médico especialista con grandes conocimientos y reconocido, implica que muchas ve- ces descuide su compromiso con el plan y cumpla primordialmente con sus compromisos de la institución médica donde presta sus servicios.

La totalidad de la muestra encuestada, si tiene conocimiento en general de los propósitos y la conformación del plan; así mismo, opinan que este sistema es una " innovadora alter- nativa que coadyuva en la formación del médico general y es congruente con las necesida- des sociales de nuestro país. Sin embargo, existen varios problemas dentro de esta nueva opción, tales como ; " - el constante cambio de autoridades, tanto en la coordinación del plan como en las unidades asistenciales; - el no tener un verdadero conocimiento del plan de estudios; - falta de mayor comunicación y unión entre el equipo docente y todas aque- llas personas que se involucran en el plan; - recepción de los alumnos sin un filtro efec- tivo desde el punto de vista vocacional y de capacidad intelectual; y en general, la mñi- ma responsabilidad que se muestra para cumplir con sus obligaciones ".

El acudir a diversas actividades de capacitación docente y de actualización es meramente_ de carácter voluntario, es decir, durante todo el año escolar, son brindados diversos --- cursos; sin embargo, el asistir a éstos depende del interés y las necesidades de cada tu- tor.

Han indicado todos estos médicos, que el PMGI es una " opción positiva de estudio, ya que responde a la problemática de salud existente en el país y su sistema de enseñanza -aprendizaje pretende que el alumno sea más crítico y profundo; además de que este plan ha sido el producto de una planeación dedicada que trata de resolver problemas educativos en el - área de la medicina ".

La mayoría de los tutores, coinciden en señalar que al plan, no se le ha dado el suficiente apoyo, ya que un problema básico que repercute en este hecho es el desconocimiento que se tiene aún de esta nueva alternativa, tanto de parte de las propias autoridades de cada unidad asistencial como de las personas de la coordinación del mismo. Cabe señalar, que esta situación en muchas ocasiones ha llegado a obstaculizar en cierta medida el trabajo que debe realizar el propio tutor.

En general, las situaciones a las que se presenta con mayor frecuencia el docente de este sistema son : " hasta cierto punto el no poder manejar algunas circunstancias que surgen cotidianamente en las aulas o en las unidades asistenciales; escasa supervisión a los --- alumnos en las áreas clínicas y comunitarias ".

Analizando todas las situaciones anteriormente señaladas, vemos que son aspectos que día a día se presentan en el campo docente; sin embargo, muchas veces no pueden manejarlas estas situaciones, acciones, relaciones, etc., por tener arraigadas ciertas tendencias y raíces de una educación tradicionalista.

Las características generales que consideran los mismos tutores que debería tener un docente de este plan son:

- ' tener conciencia de que tanto el docente como el alumno, son elementos importantes, los cuales serán portadores de un cambio sustancial en las necesidades de salud y asistencia de una sociedad.
- ' conocer ampliamente el plan y tener plena convicción de él ;
- ' tener amplia formación docente, interés y tiempo para ejercer la actividad docente ;
- ' poseer un amplio criterio, además de un elevado juicio crítico de su realidad ;
- ' ser un buen médico general.

Tutores de Apoyo.

Los médicos que se encuentran colaborando como tutores de apoyo dentro del PMGI, presentan varias características similares a las que se han identificado en los tutores coordinadores de este mismo plan, siendo algunas de ellas las siguientes.

La totalidad de los tutores de apoyo, al igual que los otros docentes, son profesionistas jóvenes, ya que su edad promedio es de 35 años.

Una gran cantidad de estos tutores son médicos que poseen una especialidad. A este respecto, es importante señalar que la más elevada proporción de especialistas se localizan dentro del segundo nivel de enseñanza de la carrera ; éste fenómeno tiene en cierta medida su razón de ser, ya que si nos remitimos a observar la estructura del plan de estudios , ---

se aprecia que en este nivel, se cursan diversos módulos en los cuales la información es muy específica, y, por tanto, es requerida la colaboración de algunos médicos con conocimientos específicos. Ejemplificando esta situación, podemos indicar que dentro del tercer año, existe un módulo que se integra por conocimientos de neurología, oftalmología, dermatología, otorinolaringología, endocrinología y psiquiatría. Es por esta especificidad de conocimientos que en la mayoría de las ocasiones se busca el apoyo de un médico especialista en cada uno de estos campos para que imparta este tipo de información. La preocupación de las autoridades de este plan para buscar el apoyo de médicos altamente calificados en algunas áreas de la medicina, ha propiciado que sólo se de importancia al cúmulo de conocimientos que puede ser aportado a los alumnos, llegando a descuidar un aspecto de suma importancia como es el darles a conocer la metodología en general del plan del que forman parte. Detectada esta situación, se ha derivado la afirmación de que un adecuado conocimiento de los fines y estructura del PNEI no es del todo conocido y asumido por muchos de los médicos de apoyo, situación que se torna desfavorable, ya que el no poseer una visión general de hacia dónde se dirige y qué es lo que pretende formar la innovadora alternativa, ha obstaculizado en gran medida el desempeño que debería tener tanto el tutor como el estudiante en un sistema de esta naturaleza.

No obstante, el hecho del desconocimiento de la nueva propuesta de estudio por parte de los tutores de apoyo, el trabajo que les es permitido realizar a los estudiantes en las unidades asistenciales y bajo la supervisión y orientación del tutor, más o menos está acorde a lo que postula en cada momento el plan.

Considerando que el estudiante debe realizar diversas actividades asistenciales, los tutores de apoyo han señalado que en general, la actitud que asume cuando el estudiante está

con el paciente, es la de supervisar, observar, asesorar, orientar, guiar y apoyar las consultas que efectúa. El realizar todas estas acciones, ha permitido que el docente considere y evalúe algunas destrezas y/o habilidades de los futuros médicos, entre las cuales se destacan : la relación médico - paciente, utilización y aplicación de conocimientos y técnicas en los diversos casos que se le presentan. A pesar de que los tutores van observando cotidianamente el desempeño de los estudiantes a su cargo, hay un alto porcentaje de médicos que consideran que una plena y total aplicación de los conocimientos que debería adquirir los alumnos en las sesiones teóricas, no son del todo aplicadas en casos reales y concretos.

La asesoría y supervisión que es ofrecida por parte de los médicos y sobre todo los del segundo nivel, se reduce a un número muy pequeño de alumnos que le son designados. A este respecto, es importante señalar que los mismos tutores de apoyo desechan totalmente la posibilidad de brindar alguna otra orientación de carácter académico a cualquier otro alumno, pero no es porque tenga mala disponibilidad de hacerlo, sino porque él es un profesionalista que básicamente se encuentra al servicio de una institución en la que se le exige llevar a cabo diversas actividades, las cuales le impiden en múltiples ocasiones prestar una adecuada atención a sus propios alumnos. La falta de tiempo y el cumplimiento de su trabajo dentro de una institución han sido factores de gran peso que impiden en muchas circunstancias que el tutor vea a los estudiantes sólo dentro de los consultorios, no pudiéndose propiciar por estas razón algunas situaciones tales como : asesorías extraclases sesiones retroalimentadoras entre tutores y estudiantes o con otros docentes; orientación para investigar y profundizar en algunos temas, y mucho menos se podrá lograr establecer

una relación más amplia entre tutores y alumnos.

Un poco inversa a la anterior situación, los tutores de apoyo del primer nivel de enseñanza logran establecer otro tipo de relación, es decir, estos médicos participan en forma -- más conjunta con los estudiantes, llevando a cabo varias actividades tales como : diagnóstico de salud a nivel comunitario, campañas de vacunación y encuestas familiares, entre -- otras actividades.

Por otra parte ha sido considerado por parte de estos tutores, que en una forma general, - todos los integrantes de este plan más o menos cuentan con apoyo tanto en las unidades docentes como en los centros asistenciales dónde su aceptación es relativa. En relación a - este aspecto, los mismos tutores han señalado que es un factor de mucha importancia para - que haya una mayor aceptación de los miembros inmersos en este sistema y del PMGI en sí, - el que los mismos tutores realmente conozcan, transmitan, se involucren, experimenten y -- comprendan lo que el plan y qué es lo postulado en cada momento de esta innovadora propuesta educativa.

Otros aspectos que pudieron ser identificados en estos médicos, fueron algunas dificultades a las que se ha tenido que enfrentar el tutor de apoyo, entre las cuales se destacan : " - la ausencia de una adecuada coordinación entre los tutores coordinadores y los de apoyo. Esta falta de coordinación y hasta cierto punto de comunicación, ha propiciado que -- en muchas ocasiones se desconozca el punto preciso de información teórica que el alumno va adquiriendo, motivo por el cual en múltiples momentos, las actividades prácticas no van to talmente de acuerdo a los conocimientos teóricos que los alumnos poseen ;

- tener que impartir o recordar algunas veces diversos contenidos dentro de sesiones prácticas ;
- el mínimo conocimiento que se tiene de los fines, estructura y metodología del PMGI, entre otras. "

Los tutores de apoyo han señalado algunas características que en una forma ideal, este tipo de docentes deberían tener, siendo unas de ellas las siguientes :

- poseer un pleno conocimiento del plan del que forman parte, (fines, objetivos, etc.),- así como convicción del mismo ;
- tener amplio conocimiento de la medicina ;
- manejo de diversos elementos didácticos que coadyuven a la mejor transmisión de conocimientos ;
- disponibilidad, interés y deseo por la enseñanza ;
- ser capaz de establecer vínculos entre el maestro y el alumno para que logre optimizar el proceso enseñanza - aprendizaje ;
- comprender las diferentes problemáticas que pueden presentar los estudiantes y saber --- orientarlos ;
- ser paciente y cooperador .

El tener de una manera conjunta toda esta información derivada de los cuestionarios aplicados tanto a los alumnos como a los tutores de este plan, así como el considerar los dife

rentes aspectos identificados en las observaciones y entrevistas realizadas de manera informal a algunas personas inmersas en este sistema, ha permitido obtener un panorama general de ciertas características y actitudes que se presentan en un sistema de enseñanza, -- mismo que ha sido la base para poder derivar importantes conclusiones.

Conclusiones.

El análisis de la información recabada mediante los cuestionarios de opinión, las observaciones y entrevistas ha permitido obtener varios resultados mismos que al ser relacionados con las hipótesis establecidas, permiten derivar las siguientes conclusiones.

Tener un adecuado conocimiento de la filosofía, postulados, fines, metodología, y en general, de un sistema de enseñanza (diferente al que tradicionalmente ha estado presente) - del cual se forma parte, así como el poseer una total convicción de la forma y la situación en la que se está inmerso, es considerado quizá el elemento fundamental que permitirá generar un cambio tanto de actitudes como del establecimiento de nuevas relaciones de la institución hacia la sociedad en general y de la comunidad hacia las fuerzas de trabajo generadas dentro de un sistema de educación determinado.

En relación a este aspecto, se ha podido constatar que en general hay un elevado descono-

cimiento de la esencia del Plan de Medicina General Integral. Esta situación ha provocado una serie de situaciones a saber :

- primeramente, tanto las autoridades del plan así como gran parte de los estudiantes y tutores no han podido visualizar en una manera integral los alcances e importancia que tiene el asumir y poner en marcha esta nueva propuesta educativa, la cual, ha sido planteada para satisfacer necesidades reales y concretas de nuestra sociedad.

Sin embargo, el poco conocimiento de la situación educativa en la cual se está inmerso, no presenta en sí tanto problema imposible de superar, sino una cuestión más de fondo que se vive dentro de esta alternativa de educación y la que tendría que ser considerada de manera prioritaria, es la poca o casi nula convicción que tienen algunas autoridades, tutores y alumnos del PMGI. La presencia de este factor se considera como una cuestión de suma importancia, la que debería tomarse en cuenta, ya que, el no tener una convicción propia y adecuada, propicia seguir asumiendo y reproducir toda una serie de relaciones, actitudes y situaciones que muchas veces son contrarias a lo que se postula.

En efecto, tanto la convicción que se posee, así como el desconocimiento de esta alternativa, ha traído como consecuencia el estar reasumiendo tendencias muy arraigadas de toda una trayectoria en la instrucción tradicional, es decir, por un lado el maestro poseedor del conocimiento, capaz de transmitirlo mediante sesiones magistrales, y por el otro, el alumno en el papel netamente receptivo - pasivo - reproductivo.

Es necesario aclarar que en muchas ocasiones, el estar reproduciendo nuevas tendencias tra

dicionales, también es el producto de la poca comunicación, la mínima atención y el insuficiente apoyo que es proporcionado tanto de la propia Universidad como de las instituciones médicas dependientes del sector salud, ya que es bien sabido que el implementar una alternativa educativa no sólo es responsabilidad de la propia propuesta y de las personas que tienen un espacio dentro de la misma, sino que el apoyo que deberá ser otorgado para su funcionamiento, es un aspecto básico para poder lograr alcanzar los propósitos establecidos.

A este respecto, se afirma que realmente no se ha brindado un verdadero apoyo, sobre todo a los tutores de apoyo (médicos que se encuentran en los centros de salud, clínicas y hospitales), ya que se ha percibido que la misma Universidad al buscar la colaboración de médicos altamente calificados, sólo busca que se de buen nivel en la transmisión de conocimientos, pasando por alto, por un lado, el informarles, darles a conocer e integrándolos realmente a esta nueva alternativa; y por el otro, el contratar gran número de médicos especialistas que muestran capacidad en cuanto a su saber específico, pero que en varios momentos se les escapa la visión de la medicina general y preventiva, así como la relación que tendría su conocimiento particular precisamente con el ejercicio de este tipo de medicina.

La presencia de una cantidad considerable de médicos especialistas ha dado como resultado, que, de manera indirecta, se transmita a los estudiantes el interés por buscar una especialización, además de que ellos mismos han identificado la remuneración de tipo económica, política y social que se les otorga a estos especialistas en comparación a un médico general y sobre todo rural.

Así mismo, no puede dejarse de señalar, que en la designación y contratación de muchos tutores, se van dejando ver intereses particulares que en varias ocasiones llegan a ser políticas, ya que algunos docentes ven en esta incorporación, remuneraciones de muy diversos tipos, dejándose de lado la tarea concreta para la cual fueron designados.

Por lo que respecta al apoyo que brinda las instituciones de salud, también se identifica - que éstas, en múltiples ocasiones, obstaculizan el trabajo de los docentes : al nombrarlo jefe de una sección dentro del hospital o la clínica ; al mandarlo constantemente a cursos de actualización y no proporcionar a otro médico capacitado para que supla al tutor en su ausencia ; al ofrecerle puestos administrativos con demasiada carga de trabajo ; al saturarlo día a día de gran cantidad de pacientes que tienen que atender ; y, el no proporcionar medios y materiales necesarios para que se logre llevar a cabo un adecuado proceso de enseñanza - aprendizaje ; entre otras cosas.

Es por esto que se afirma que estas instituciones no han tomado plena conciencia ni han -- considerado que algunos de sus doctores además de prestar sus servicios en este sector, -- también son parte importante de un sistema de enseñanza del que las mismas autoridades del hospital designaron.

Esta situación que se identifica fundamentalmente dentro de las instituciones de atención médica, no es una situación generada en ella misma, sino que la institución como instancia dependiente de todo un sistema de la naturaleza de éste, se ve obligada a seguir y cumplir primordialmente los objetivos y lineamientos que el sector salud establece " satisfacer - necesidades medico - asistenciales de la población ".

El sector salud, mediante algunas instituciones de carácter educativo desea obtener fuer--
zas de trabajo altamente capacitados para satisfacer la demanda de asistencia y seguridad_
de nuestra sociedad, pero muchas veces ha pasado por alto el cómo y qué es realmente neces--
sario para apoyar la formación de estos recursos.

Por otra parte, en cuanto al plan de estudios, se afirma que el PMGI es una alternativa que
justifica y fundamente realmente su implementación, así mismo, propone un cambio tanto en_
la institución educativa y de las partes que la integran, así como en las relaciones extra_
muros que se establezcan. Este deseado cambio, es propuesto buscando fundamentalmente la_
satisfacción de necesidades concretas y reales de una sociedad como la nuestra; sin embargo
es necesario hacer resaltar varias cuestiones.

- en primer lugar, no obstante de que el Plan de Medicina General Integral ha sido estruc--
turado de manera diferente a el plan de Medicina tradicional, en el último año que es re_
querido la realización del servicio social, los alumnos del PMGI son integrados a la es---
tructura y lineamientos del plan de medicina de la facultad.

- otra cuestión que se identifica, es la carga excesiva de actividades que tiene tanto el_
tutor coordinador (sobre todo del primer nivel), así como el alumno, el cual está to--
talmente saturado de actividades teóricas y prácticas (fundamentalmente hospitalarias)
situación que provoca que el estudiante sólo tenga tiempo de estudiar e investigar en --
muy pocas fuentes de información, es decir, se concreta en la revisión de los materiales
de apoyo (" módulos ") o en los recursos existentes en los departamentos de apoyo que_
posee el plan; no pudiéndose cumplir en gran medida lo que el plan desea propiciar en --
cuanto a la actividad investigativa. Es por esta situación que en muchas ocasiones se -

ha afirmado que los estudiantes de esta nueva propuesta son " estudiantes de medicina -- empíricos ".

- plantea la realización de múltiples actividades prácticas (pláticas, investigaciones de campo, etc.); sin embargo, no pueden ser ejecutadas en su totalidad por diversas cuestiones, entre las cuales destaca el no poseer una infraestructura adecuada y consistente.

Es evidente que la presencia y la conjugación que tienen todos estos aspectos, tengan su consecuencia última en el papel que adopta el estudiante dentro de este sistema diferente al convencional, es decir, hay estudiantes que se encuentran desorientados, desmotivados, esépticos, con algunos problemas de adaptación tanto por ingresar a un sistema nuevo de -- instrucción, así como por incorporarse a la eterna lucha de la competitividad que se identifica ampliamente y ha caracterizado al sector médico, y se agudiza aún más por el tipo de enseñanza recibida.

Sin embargo, a pesar de que los estudiantes han presentado múltiples problemas al ingresar al Plan de Medicina General Integral, son estos los elementos en los que se identifican ma yores cambios, entre los cuales tenemos :

- el establecimiento de vínculos más estrechos entre maestro - alumnos - paciente ;
- la inquietud y la postura que se percibe al ponerlo en contacto directo desde el principio con el ambiente real del proceso salud - enfermedad de nuestra población ;

- el considerarse responsable y conciente de su propio aprendizaje ; y
- el ver en el PMGI una buena alternativa de educación que coadyuva en la formación de -- los médicos que necesita nuestra sociedad.

Con base en las anteriores perspectivas y aunadas a los aspectos que fueron identificados en el capítulo anterior, podemos concluir y hacer las siguientes reflexiones.

El Plan de Medicina General Integral es una alternativa que ha sido planteada para identificar y satisfacer necesidades reales y concretas de salud de nuestra sociedad. Su adopción a generado sólo algunos cambios. La razón por la que se afirma que sólo en ciertos aspectos se ha logrado propiciar un cambio, es porque si realmente se desea realizar un -- verdadero cambio, no sólo es necesario la aprobación y la puesta en marcha de una propuesta en forma aislada, sino que es necesario y preciso también, la modificación y establecer nuevas relaciones de ciertas dimensiones, tanto en el sector educativo, el propio sector -- salud y hasta la sociedad misma.

Considerando todas y cada una de estas cuestiones, hablar de un verdadero cambio, el cual -- haya sido producto de esta implementación, hasta estos momentos no puede ser identificado -- de manera total; pero, cuáles han sido las implicaciones que se han suscitado ante el cam-- bi parcial que se ha generado :

1. Seguir reproduciendo algunos roles muy tradicionales, los cuales no caben dentro -- de una propuesta de esta naturaleza ;

2. Seguir mostrando amplias tendencias hacia las especializaciones, a pesar de que -- los requerimientos de salud siguen siendo la prevención de enfermedades simples -- que se ubican dentro del primer nivel de salud.
3. Estar generando nuevas fuerzas de trabajo, las cuales, aún siguen centrando su --- atención en la búsqueda de su movilidad y desarrollo dentro de las grandes institu-- ciones médicas que poseen todos los recursos necesarios y se atienden enfermedades sofisticadas.
4. El que los estudiantes tengan que enfrentarse a toda una etiquetación (Integran-- tes de un experimento piloto), tanto de parte de otros estudiantes como de los -- propios médicos que se han relacionado de algún modo con este plan.
5. Por la misma preparación que es proporcionada, ven en los futuros médicos de este _ plan, un rival con amplias expectativas.
6. El que no haya plena aceptación de parte de algunas autoridades, doctores y perso-- nas del sector salud en general, por no haberse seguido los lineamientos y estruc-- tura que establece un plan con gran trayectoria y ampliamente reconocido.

El análisis detallado de todos y cada uno de los anteriores aspectos, dan pauta para reali-- zar las siguientes preguntas :

¿ realmente cualquier estudiante y docente está capacitado para incorporarse a un sis-- tema de educación de ésta naturaleza, considerando que gran parte de su estancia edu--

- cativa ha sido bajo una instrucción tradicional ?.
- ¿ el sector salud y las instituciones educativas pueden brindar un apoyo preciso y necesario a este tipo de plan ? y
- ¿ la sociedad en general, realmente esta preparada para recibir y aceptar a un médico egresado del Plan de Medicina General Integra ?.

BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ MANILLA, José M. El Plan A-36. (Plan Experimental de Enseñanza de la Medicina General Integral). Simposio Experiencias Curriculares en la Última Década. Cuadernos de Investigación Educativa, Departamento de Investigaciones Educativas, Centro de Investigaciones y Estudios Avanzados del I.P.N. México, 1983. Tomo I.
- ALVAREZ MANILLA, José M. ¿Qué es un Profesor Universitario? Revista de la Facultad de Medicina N° 17. México, UNAM, 1974.
- ANUIES. Plan Nacional de Educación Superior. La planificación de la Educación Superior en México. México, 1979. Lineamientos generales para el desarrollo de la Educación Superior en México. Período 1981-1991. SEP-ANUIES-COPES. 1981.
- ARANGO, Jaime. Planeación Curricular y Evaluación en Función de las Necesidades de un País. Educación Médica y Salud. OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Vol. 6. 1972.
- ARROYO, Margarita y Monique Landesmann. La Inserción de los Docentes en el Sistema Modular de la U.A.M. Xochimilco. México, Tesis.
- ATRIAN, Salazar Magda Luz y Yrizar Rojas J.A.. Algunas Reflexiones en torno a los sistemas de Enseñanza Modular en el área de la Salud en México. En Revista de la Educación Superior. N° 45. México, enero-marzo 1983.
- BOJALIL, Luis y Juan Cesar García. La Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Consideraciones sobre el Marco teórico de una Práctica Universitaria. México, U.A.M.-Xochimilco, Rectoría, 1981, 11 p.
- COPLAMAR-Colegio de México. Necesidades Esenciales en México. Situación Actual y Perspectivas al Año 2000. Vol. 4. Ed. Siglo XXI, México 1983. p. 451.
- CHADWICK, Clifton. Tecnología Educativa para el Docente. Buenos Aires, Paidós. Biblioteca del Educador Contemporáneo. 1977. 202 p.

- COLLADO, Ardón Rolando. Perfil y Arraigo del Médico Rural en México. México, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Educación Médica y Salud. Vol. 17, N° 3. 1983.
- DE IBARROLA, María. Los Planes de Estudio. México, UNAM, Comisión de Nuevos Métodos de Enseñanza, Dirección General de Difusión Cultural. Depto. de Humanidades. Deslinde 3. 34 p.
- DIAZ, Barriga A. Alcances y Limitaciones de la Metodología para la Realización de Planes de Estudio. En Revista de la Educación Superior. N° 40 México, junio-agosto 1981.
- FOLLARI, Roberto. El Curriculum como Práctica Social. Encuentro sobre Diseño Curricular. Memorias. México, UNAM. FNEP Aragón, Coordinación de Pedagogía. Depto. de Ciencias de la Educación, 1982. 195 p.
- FOLLARI, Roberto. El Cambio de Planes de Estudio en la División de Ciencias Básicas e Ingeniería. UAM-Azcapotzalco. Simposio Experiencias Curriculares en la Última Década. Cuadernos de Investigación Educativa. Depto. de Investigaciones Educativas, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de IPN. México, 1983. Tomo II.
- FURLAN, Alfredo y Patricia Ariste. Razón Técnica y Curriculum. Encuentro Sobre Diseño Curricular. Memorias. México, UNAM, FNEP Aragón, Coordinación de Pedagogía, Depto. de Ciencias de la Educación, 1982. 195 p.
- FURLAN, Alfredo y Eduardo Remedi. Discurso Curricular, Selección de la Actividad, Organización del Contenido. Tres prácticas que se reiteran. Reflexiones sobre nuestra experiencia en la FNEP Iztacala. Simposio de Experiencias Curriculares en la Última Década. Cuadernos de Investigación Educativa. Depto. de Investigaciones Educativas Centro de Investigación y Estudios Avanzados del IPN México, 1983. Tomo II.
- GARCIA, Rolando, Walterio Beller y Cesar Mureddu. Epistemología, Teoría de la Ciencia y Práctica Universitaria. Seminario de Epistemología. Temas Universitarios N° 2. México, UAM-Xochimilco, 1980. 15 p.
- GLAZMAN, Raquel y María de Ibarrola. Diseño de Planes de Estudio. Modelo y Realidad Curricular. Simposio Experiencias Curriculares de la Última Década. Cuadernos de Investigación Educativa. Depto de Investigaciones Educativas, Centro de Investigaciones y Estudios Avanzados del IPN, México, 1983. Tomo I.

GOBIERNO, FEDERAL. Manual de Organización del Gobierno Federal. México, 1982. p. 1541.

CONZALEZ, Edgar. Implicaciones Políticas y Metodológicas en el Desarrollo Curricular en Educación Superior. Encuentro sobre Desarrollo Curricular. Memorias. México, UNAM. ENEP Aragón, Coordinación de Pedagogía, Depto. de Ciencias de la Educación 1982. 195 p.

GUEVARA, Golberto. El Diseño Curricular. México, UAM-Xochimilco, 1976.

HESSEN, J. Teoría del Conocimiento. 14 ed. Buenos Aires. Losada Biblioteca Clásica y Contemporánea, 1975. 157 p.

LAGUNA, García José. et. al. Plan de Estudios Experimental de Medicina General. (Plan A-36). Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Educación Médica y Salud. Vol. 8 1974.

LOPEZ, Acuña Daniel. La Salud Desigual en México. 3 ed. México, Siglo XXI, 1982. 247 p.

MARTINEZ, Cortés Fernando. El Papel del Hospital en la Educación Médica. México, UNAM en Revista de la Facultad de Medicina. Vol. XXII. N° 1, 1970.

MC. GREGOR, Carlos. et. al. Programa de Medicina General Integral: Conceptualización y Estrategias para su Evaluación. México, UNAM. Facultad de Medicina. 1982. 17 p.

OCAMPO, Martínez Joaquín. El papel del docente en el sistema de enseñanza modular de la medicina. Elementos para una concepción. en Perfiles Educativos-Nueva Época N° 4 enero-marzo. México, UNAM, CISE 1984.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en América Latina y el Caribe. Informe Final, Primera Reunión. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. 1976. 30 p.

- PANZA, Margarita. Enseñanza Modular. México, UNAM, CISE, Revista Pefiles Educativos. N° 11. 1981.
- PRADO, Vega R. Problemas que Plantea el Sistema de Enseñanza del P.M.G.I. Seminario de Investigación y Tesis. Facultad de Filosofía y Letras. DES. 1978. 22 p.
- PRADO, Vega R. Revisión Curricular. Antecedentes Históricos y Actualización. México, UNAM Facultad de Medicina, Secretaría de Medicina General Integral. 1982. 64 p.
- RIVERO Serrano, O. Formación de Médicos con Proyección Social. México, UNAM en Revista de la Facultad de Medicina Vol. XX. N° 4. 1978.
- RODRIGUEZ Domínguez, José. Futuro y Perspectivas de los Egresados. México, UNAM en Revista de la Facultad de Medicina, Editorial. Vol XX. N° 7. 1977.
- ROJAS Bravo, Gustavo. El Módulo; Estructura Teórica Metodológica. México, UAM-Xochimilco. 1975. 35 p.
- ROJAS Soriano, Raúl. Guía para realizar Investigaciones Sociales. México, UNAM. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales 1981. 274 p.
- RUIZ de Chávez, Manuel. La Investigación en el P.M.G.I. México, UNAM en Revista de la Facultad de Medicina. Vol. 26. N°1-6, 1979.
- SCHIAFF. Adam. Historia y Verdad. (Ensayo sobre la objetividad del Conocimiento Histórico). Trad. Ignacio Vidal. México, Grijalvo, 1974. 382 p.
- SERRANO P. Rafael. Reconstrucción Teórica de una Experiencia Curricular en la UAM-Xochimilco. Encuentro sobre Desarrollo Curricular. Memorias. México, UNAM Enep Aragón, Coordinación de Pedagogía, Depto. de Ciencias de la Educación 1982. 195 p.

- SIERRANO, Rafael y Marisa Ysunza. Diseño Curricular en la Concepción Educativa por Objetivos de Transformación. Encuentro sobre Desarrollo Curricular. Memorias. México, UNAM-ENEP Aragón. Coordinación de Pedagogía. Depto. de Ciencias de la Educación. 1982. 195 p.
- UAM. Primer Congreso sobre las Bases Conceptuales de la UAM. México, UAM, 1981.
- UNAM. Lineamientos para el Análisis de la Factibilidad de Creación de Licenciaturas. Dirección General de Proyectos Académicos. Departamento de Planes y Programas de Estudio. México, agosto 1984. 75 p.
- UNAM. Elementos Metodológicos para la Elaboración y Evaluación de los Planes de Estudio. (Versión Corregida). Secretaría General. Dirección General de Proyectos Académicos. Departamento de Planes y Programas de Estudio. México, 1984. 44 p.
- UNAM. Evaluación y Marco de Referencia para los Cambios Académicos Administrativos. México, UNAM. 119 p.
- UNAM. Consideraciones en Torno a la Educación Médica. En Revista de la Facultad de Medicina, Editorial. Vol. XXVIII. 1975.
- UNAM. Características del Hospital como Sitio de Enseñanza Médica. en Revista de la Facultad de Medicina. Editorial. Vol. XVII N° 2, 1974.
- UNAM. Memorias del Primer Seminario-Taller de Análisis del Plan de Medicina General Integral. México, Facultad de Medicina, 1981. 224 p.
- UNAM. Memorias del Segundo Seminario-Taller de Análisis del Plan de Medicina General Integral. México, Facultad de Medicina. 1982. 119 p.
- URIBE, Elías Roberto. El Alumno. México, UNAM en Revista de la Facultad de Medicina. Editorial Vol. XXI N° 6, 1979.
- VELASCO, U. Notas acerca del Diseño Curricular. La Definición de Fases y el Diseño Modular: un ejemplo. México, UAM-Xochimilco. 1978.

VILLAREAL, Ramón. Documento Xochimilco. Anteproyecto para Establecer la Unidad Universitaria del Sur de la UAM. 5 ed. México, UAM, 1983. 47 p.

YSUNZA Marisa. El Grupo de Trabajo Académico en la Educación Modular. Cuadernos de Formación de Profesores. N° 4. México UAM-Xochimilco, 1983. 22 p.

ANED I

Escuelas que ofrecen actualmente Educación Médica en el país.

Estado	Instituciones donde se imparte educación médica	total de escuelas
Aguascalientes	Universidad Autónoma de Aguascalientes ° Centro Biomédico	1
Baja California Norte	Universidad Autónoma de Baja California ° Escuela de Medicina en Mexicali ° Escuela de Medicina en Tijuana Centro de Estudio Universitario Xochicalco ° Escuela de Medicina en Ensenada	3
Campeche	Universidad del Sureste ° Escuela de Medicina	1
Coahuila	Universidad de Coahuila ° Escuela de Medicina, Unidad Saltillo ° Facultad de Medicina, Unidad Torrión.	2
Colima	Universidad de Colima ° Escuela de Medicina	1
Chiapas	Universidad Autónoma de Chiapas ° Escuela de Medicina	1

Estado	Instituciones donde se imparte educación médica	total de escuelas
Chihuahua	Universidad Autónoma de Chihuahua ° Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Cd. Juárez ° Escuela de Medicina	2
Distrito Federal	Universidad Nacional Autónoma de México ° Facultad de Medicina ° Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza. Universidad Autónoma Metropolitana ° Unidad Xochimilco. División de Ciencias Biológicas y de la Salud. Universidad La Salle ° Facultad de Medicina Instituto Politécnico Nacional ° Escuela Superior de Medicina Escuela Nacional de Medicina Homeopática ° Centro Interdisciplinario de Ciencias de la salud. Universidad del Ejercito y Fuerza Aérea ° Escuela Médico Militar Escuela Libre de Homeopatía de México.	9

Estado	Instituciones donde se imparte educación médica	total de escuelas
Durango	Universidad Juárez del Estado de Durango ° Escuela de Medicina Unidad Gómez Palacio ° Escuela de Medicina	2
Guanajuato	Universidad de Guanajuato ° Facultad de Medicina	1
Guerrero	Universidad Autónoma de Guerrero ° Escuela de Medicina	1
Hidalgo	Universidad Autónoma de Hidalgo ° Escuela de Medicina	1
Jalisco	Universidad de Guadalajara ° Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Guadalajara ° Facultad de Medicina	2
México	Universidad Autónoma del Estado de México ° Facultad de Medicina Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala Universidad Anáhuac ° Escuela de Medicina	3

Estado	Instituciones donde se imparte educación medica	total de escuelas
Michoacán	Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo ° Facultad de Medicina	1
Morelos	Universidad Autónoma del Estado de Morelos ° Escuela de Medicina Humana	1
Nayarit	Universidad Autónoma de Nayarit ° Escuela de Medicina Humana	1
Nuevo León	Universidad Autónoma de Nuevo León ° Facultad de Medicina Universidad de Monterrey ° División de Ciencias de la Salud Universidad de Montemorelos ° Escuela de Medicina Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey ° Escuela de Medicina	4
Oaxaca	Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca ° Escuela de Medicina Universidad Regional del Sureste ° Escuela de Medicina y Cirugía	2

Estado	Instituciones donde se imparte educación médica	total de escuelas
Puebla	Universidad Autónoma de Puebla ° Escuela de Medicina Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla ° Escuela Popular de Medicina	2
Queretaro	Universidad Autónoma de Queretaro ° Escuela de Medicina	1
San Luis Potosí	Universidad Autónoma de San Luis Potosí ° Escuela de Medicina	1
Sinaloa	Universidad Autónoma de Sinaloa ° Escuela de Medicina	1
Tabasco	Universidad Juárez Autónoma de Tabasco ° Escuela de Medicina Humana	1
Tamaulipas	Universidad Autónoma de Tamaulipas ° Facultad de Medicina de Tampico ° Facultad de Medicina en Matamoros Universidad del Noreste ° Escuela de Medicina Universidad Valle del Bravo ° Escuela de Medicina	4

Estado	Instituciones donde se imparte educación médica	total de escuelas
Veracruz	Universidad Veracruzana ° Facultad de Medicina en Jalapa ° Facultad de Medicina en Veracruz ° Facultad de Medicina en Ciudad Mendoza ° Facultad de Medicina en Poza Rica ° Facultad de Medicina en Minatitlán	5
Yucatán	Universidad de Yucatán ° Facultad de Medicina	1
Zacatecas	Universidad Autónoma de Zacatecas ° Escuela de Medicina Humana	1
TOTAL		56

ANEXO II.

<

Programas tendientes a formar médicos bajo una Innovadora metodología
de Enseñanza.

Programa de Formación Médica	Universidad de Brasilia Brasil	1966
Adaptación de la Enseñanza de la Medicina a las necesidades de la Colectividad	Universidad de Hacettepe Turquía	1967
Enseñanza de la Asistencia Sanitaria a la Comunidad	Facultad de Medicina y Hospital de Ramathibadi. Bankok, Tailandia	1967
Programa Mac Master de Enseñanza de la <u>Me</u> dicina	Universidad Mac Master, Hamilton, Ontario, Canadá.	1969
Formación del equipo de personal de Salud	Centro Universitario de la Salud de Yaundé, Camerún.	1969
Programa de Enseñanza de la <u>Medicina</u> <u>Orien</u> tado hacia la Colectividad	Escuela de Medicina de Pécs, Hungría.	1972
Descentralización de las Enseñanzas de la Medicina	Universidad de Washington, Seattle, EUA.	1972

Establecimiento de una Nueva Escuela de Medicina	Universidad de Newcastle, Australia.	1972
La Reforma del Sistema de Atención de la Salud en Filadelfia	Universidad de Kuopio Filadelfia	1972
Perspectivas Provisionales del Programa de Medicina	Universidad de Ben Gurion del Negev, Bersheva, Israel.	1974
Desarrollo de la Enseñanza de la Medicina	La Ryksunwersiteit. Limburg Maestrich, Paises Bajos.	1974
Plan de Estudios Experimental de Medicina General Plan A-36	Universidad Nacional Autónoma de México, México	1974
Una Innovación Interdisciplinaria de la Enseñanza de la Medicina	Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México	1974
Programa de enseñanza de la Medicina en la Península Septentrional de Michigan	Universidad del Estado de Michigan, EUA.	1974
Programa de Enseñanza Modular ENEP - Izracala	Universidad Nacional Autónoma de México, México.	1975

Programa de Enseñanza Modular ENEP - Zaragoza.	Universidad Nacional Autónoma de México, México.	1976
La búsqueda de un Modelo	Universidad de Filipinas, Filipinas.	1976
Reforma del Plan de estudios de la Medicina.	Primero y Segundo Instituto de Medicina, URSS.	1976
La enseñanza de la Medicina.	Universidad de Aden, Yemen Democrática.	1977
Nuevas tendencias en la Promoción de un sistema de enseñanza de la Medicina.	Facultad de Medicina de NoviSad, Yugoslavia.	1977
Programa de formación de Médicos de la Comunidad	Universidad de Tribhuvan, Nepal	1978
Implementación de un nuevo Plan de Estudios en una Escuela de Medicina ya existente	Universidad de Edimburgo, Escocia.	1978

Curriculum de atención primaria

Universidad de Nuevo México,
Albuquerque, EUA.

1978

* Relación de programas docentes con un nuevos sistema de enseñanza de la medicina de pregrado, en Programa de Medicina General Integral Conceptualización y Estrategias para su Evaluación. pp. 38 - 39.

ANEXO III.

Questionarios para alumnos.

Aspectos Generales.

- 1.- ¿Cuál es tu escuela de procedencia ?
- 2.- ¿ Tu ingreso al plan fue designado o voluntario ?

Aula - Laboratorio.

- 3.- ¿ Por lo general cómo preparas tus clases ?
- 4.- ¿ Regularmente te reunes con tus compañeros para estudiar o preparar algun examen, por qué ?
- 5.- ¿ Consideras importante investigar algunos temas y casos para que los expongas en clase, por qué ?
- 6.- ¿ Con qué frecuencia realizas la anterior actividad ?
- 7.- ¿ Crees que los conocimientos expuestos en las clases son suficientes, por qué ?
- 8.- ¿ En qué proporción has podido aplicar los conocimientos adquiridos en casos reales ?
- 9.- ¿ Consideras que el conocimiento se esté dando de la simple a lo complejo, o cómo se está dando ?
- 10.-¿ Los conocimientos adquiridos los has podido relacionar con otras áreas de conocimiento, cómo ?
- 11.-¿ Cómo es la formación humanística que este plan ofrece ?

12.- ¿ Afirmarías que el conocimiento se está dando de manera integral, por qué ?

13.- ¿ Consideras importante que los alumnos gufen y participen en clases, por qué?

Investigación.

14.- ¿Cuál fue el procedimiento que seguiste para elegir el tema de tú investigación ?

15.- ¿ Buscas asesoría de tutores o alguna otra persona para realizar tú investigación, de quién ?

Centor de Salud - Comunidad.

16.- ¿ Consideras que los centros de salud donde has practicado tienen recursos materiales necesarios (equipo médico, consultorios, etc.)?

17.- ¿ Estarías dispuesto a dar pláticas en alguna comunidad, qué tipo de pláticas ?

18.- ¿ Brindas alguna orientación sobre la prevención de alguna enfermedad que se pueda presentar en paciente al que atiendes ?

En General.

19.- ¿ Crees que se le está dando todo el apoyo necesario para que el plan cumpla con sus objetivos por qué?

20.- ¿ Con qué tipo de profesionistas te has relacionado a lo largo de la carrera ?

- 21.- ¿ Al egresar de la carrera, dónde piensas trabajar ?
- 22.- ¿ Te gustaría especializarte, en qué área ?
- 23.- ¿ Crees que en este tipo de enseñanza se aplique la técnica " aprender - haciendo " ?
- 24.- ¿ Según tu opinión, cuáles crees que sean las ventajas y desventajas del plan tradicional de medicina y el PMGI ?
- 25.- ¿ Crees que el PMGI es una opción positiva dentro del sistema educativo del país, por qué ?
- 26.- ¿ Qué características consideras que deben tener los alumnos del PMGI. ?

Cuestionario para tutores.

Edad, _____

Aspectos Generales.

- 1.- ¿ Dónde trabaja actualmente ?
- 2.- ¿Cuál es su opinión sobre el Plan de Medicina General Integral ?
- 3.- ¿ Podría dar una breve explicación de la filosofía del Plan de Medicina General Integral ?
- 4.- ¿ Cuáles son los problemas más frecuentes que presenta el PMGI ?
- 5.- ¿ Cree que el PMGI forme a médicos generales, por qué ?
- 6.- ¿ Con qué frecuencia son brindados cursos de actualización docente ?
- 7.- ¿ Se lleva a cabo algún tipo de reunión con los demás tutores de la unidad, con que frecuencia ?
- 8.- Si la respuesta anterior es afirmativa, con qué finalidad la realizan ?
- 9.- ¿ Cree que el PMGI es una opción positiva dentro del sistema educativo del país, por qué ?
- 10.- ¿ Considera que este plan ha recibido todo el apoyo para poder cumplir con sus objetivos ?
- 11.- ¿ Cuáles son los problemas que se han presentado con mayor frecuencia siendo tutor de este plan?
- 12.- ¿ Qué características cree que deban de tener los tutores del plan ?

ANEXO IV.

COMPORTAMIENTO DE LOS RESULTADOS.**PRIMER AÑO.****Aspectos Generales.**

1.- Escuela de procedencia.

CCH	Preparatoria	Otras.
10	5	

2.- Ingreso al plan.

Designado	Voluntario
14	1

Aula - Laboratorio.

3.- Preparación de clases.

- leer módulos, libros, realizar esquemas (7)
- estudio del módulo, consultas adicionales, preparar esquemas y cuadros sinópticos (1)
- apoyo en el módulo, consultas adicionales, revisión de objetivos (1)
- revisión del módulo (3)
- investigación previa, esquemas, cuadros, cuestionarios (1)
- notas, cuadros, esquemas y cuestionarios (1)
- leer módulo y consultar poca bibliografía (1)

4.- Preparación de exámenes con compañeros.

- no, falta de interés (1)
- no, es pérdida de tiempo (4)
- no, es preferible estudiar sólo (8)
- algunas veces (1)
- no, no hay tiempo (1)

5.- Investigación de temas para exponerlos.

- si, para ampliar conocimientos (10)
- si, sobre todo análisis de casos clínicos aplicables a la realidad y útiles para el futuro. (2)
- no contestó (3)

6.- Frecuencia de la anterior actividad

Nunca	Regularmente	Poco
6	1	8

- el tutor proporciona toda la información
- solo cuando el tema es interesante.

7.- Son suficientes los conocimientos en las clases.

- satisfactorios para cubrir los objetivos, pero hay que ampliarlos más. (1)
- no, el tiempo es insuficiente, los objetivos se cubren pobremente. (2)
- si, pero hay que ampliarlos por parte de los alumnos apoyandonos con materiales didácticos. (1)
- no, definitivamente hay que investigar más. (6)
- no (2)
- no contestó (3)

8.- En que proporción son aplicados los conocimientos en casos reales.

- algunas veces (8)
- muy poco (6)
- no contestó (1)

en general, se piensa que paulatinamente se podrán ir aplicando más.

9.- El conocimiento cómo es proporcionado

- de lo simple a lo complejo (15)
- hay un total convencimiento.

10.- El conocimiento es relacionado con otras áreas de conocimiento

- más o menos (7)
- no (3)
- no contestó (5)

11.- Hay formación humanística, cómo se da

- si, en la relación con la comunidad (8)
- si hay (es información que da el tutor) (2)
- si, mediante el contacto con la realidad a la que se enfrenta el médico (1)
- si, mediante la relación con pacientes (1)
- no contestó. (3)

12.- El conocimiento es integral

- si, pues hay una conjugación (11)
- si (1)
- no, hacen falta estudios de casos (1)
- no contestó (2)

13.- Inportancia de la participación del alumno en clase.

- si, así las clases se hacen más activas (1)
- si, se aclaran dudas e inquietudes (1)
- si, es más interesante y benéfico (1)
- si y no, porque el alumno no tiene capacidad para exponer y manejar al grupo (1)
- si, se obtiene determinación y compromiso; pero hay que tomar en cuenta que el tutor sabe más (1)
- si, se da mayor confirmación en los co ci m i e n t o s (3)
- si, mayor responsabilidad y confianza (5)
- no, el tutor sabe más. (2)

Investigación.

14.- La elección del tema de investigación.

- se busca bibliografía y se propone (8)
- es asignada (1)
- en este momento no se ha iniciado (2)
- no contestó (4)

15.- De quién se busca la asesoría para la inves tigación.

- algunas veces del tutor (10)
 - de compañeros (1)
 - no contestó (4)
- (algunas veces de doctores de los diferentes Centros de Salud)

Centro de Salud.

16.- El Centro de Salud cuenta con recursos

- no (15)
- en algunos casos el centro se nota insalubre, además que se cuenta con muy poco material.

17.- Disposición para brindar pláticas a la comunidad y tipo.

- si (15)
- educación y prevención de enfermedades en la comunidad
- educación de la salud
- planificación familiar, higiene personal y habitacional
- temas varios de interés para la comunidad
- promoción de la salud, higiene escolar.

18.- Orientación y prevención de enfermedades

- si (8)
- pocas veces (5)
- no (2)

En General.

19.- Apoyo al Plan.

- no hay confianza (2)
- no nos toma en cuenta la Fac. (3)
- si, ya que aplicamos conoci- (3)
mientos.
- no, y sobre todo en la comuni (3)
dad.
- no contestó (4)

20.- Relación con otros profesionistas

Ingenieros, Odontólogos, Psicólogos,
Actuarios, Epidemiólogos, Antropólogos,
Químicos, Veterinarios, Abogados, Archi-
tectos.

21.- Dónde piensas trabajar.

- Consultorio particular (3)
- en el campo (8)
- Centros de Salud (1)
- No contestó (3)

22.- Interés por especializarse.

- si (10)
 - no (5)
- En : Pediatría, Médico Internista, ---
Cardiología, Medicina General Familiar,
Oftalmología.

23.- Utilización de la Técnica Aprender - Haciendo

- si (12)
- más o menos (1)
- no (2)

La técnica aprender - haciendo es entendida
como la incorporación de la teoría con la
práctica.

25.- Opinión sobre el Plan.

- si es buena opción (10)
- no contestó (5)
- Es un cambio que supera lo tradicional.
- Es más dinámico
- Es un nuevo enfoque de la profesión donde
de hay más contacto con el paciente.
- Hay más participación del estudiante.
- Hay vinculación de la educación con la
realidad.
- Se dan panoramas reales.

26.- Características de los alumnos

- ninguna en especial
- responsable y seguro
- retentivo, humano, con actitudes de
servicio a la comunidad,
- conciente de su profesión, actitudes
de servicio,
- desenvuelto, poseedor de hábitos de -
estudio, dinámico,
- creativo, con iniciativa e independiente.

COMPORTAMIENTO DE LOS RESULTADOS EN GENERAL.

Primer Nivel 30 Cuestionarios
 Segundo Nivel 38 Cuestionarios. = 68 cuestionarios

1.- Escuela de procedencia

	Alumnos	%
CGH	41	60.29%
Preparatoria	21	30.88%
Particular	5	7.35%
Bachilleres	1	1.47%

2.- Ingreso al Plan.

Designado	35	51.47%
Voluntario	33	48.53%

3.- Antes de entrar habia conocimiento del Plan.

Primer Nivel			Segundo Nivel		
- Si	18	26.47%	- Si	11	16.17%
- No	12	17.67%	- No	25	36.76%
			- No contestó	2	2.94%

4.- Conocimiento, fines y estructura del Plan

	Si	No	No contestó
Primer Nivel	21 (30.88%)	4 (5.88%)	5 (7.35%)
Segundo Nivel	33 (48.53%)	3 (4.41%)	2 (2.94%)

6.- Reunión con compañeros para estudiar.

	Si	No	Algunas veces
Primer Nivel	4 (5.88%)	26 (38.23%)	
Segundo Nivel	2 (2.94%)	27 (39.70%)	9 (13.23%)

9.- Investigación de temas y exposición en clases.

	Si	No contestó
Primer Nivel	27 (39.70%)	3 (4.41%)

- Frecuencia con que se realiza esta actividad

	Regularmente	Poco	Nunca
1° año	1 (3.33%)	8 (26.27%)	6 (20%)
2° año	8 (26.27%)	7 (23.33%)	

Para los alumnos del Segundo Nivel consideran esta actividad importante, pero el factor tiempo no se los permite.

10.- Se imparten conocimientos suficientes.

	Si	Más o menos	No	No contestó
Primer Nivel	4 (5.88%)	4 (5.88%)	19 (27.94%)	3 (4.41%)
Segundo Nivel	4 (5.88%)	3 (4.41%)	30 (44.11%)	1 (1.47%)

11.- Aplicación de conocimientos a casos concretos.

	Si	Muy Poco	Con frecuencia	No contestó
Primer Año		6 (8.82%)	9 (13.23%)	
Segundo Año	11 (16.17%)	2 (2.94%)	1 (1.47%)	1 (1.47%)
Tercer Año	10 (14.70%)	3 (4.41%)		
Cuarto Año	23 (33.82%)		2 (2.94%)	

12. El conocimiento es dado de lo simple a lo complejo.

La totalidad de la población afirma que el conocimiento se da de lo simple a lo complejo.

13.- Los conocimientos pueden ser relacionados con otras áreas.

	Si	Más o menos	No	No contestó
Primer Año		7 (10.29%)	3 (4.41%)	5 (7.35%)
Segundo Año	10 (14.70%)		1 (1.47%)	4 (5.88%)
Tercer Año	9 (13.23%)		2 (2.94%)	2 (2.94%)
Cuarto Año	22 (32.25%)	3 (4.41%)		

14.- Se da la formación en el PMGI.

	Si	No contestó
Primer Nivel	24 (35.41%)	6 (8.82%)
Segundo Nivel	38 (64.50%)	

15.- Integración de conocimientos.

	Si	No	No contestó
Primer Año	13 (43.22%)		2 (6.67%)
Segundo Año	14 (46.67%)		1 (3.33%)

16.- Participación del alumno en clases.

	Si	No
Primer Año	13 (43.33%)	2 (6.67%)
Segundo Año	14 (46.67%)	1 (3.33%)

Investigación.

17.- Elección del tema a investigar.

	No contestó
Respuesta Interpre_ tada.	8 (11.76%)

18.- Asesoría para la investigación a realizar.

	No contestó
Respuesta interpre_ tada.	6 (8.22%)

20.- Metodología seguida para la investigación.

	No contestó
Respuesta interpre_ tada.	5 (7.35%)

21.- Investigaciones extras.

	Si	Poco	Nunco	No contestó
Tercer Año	1 (1.47%)	8 (11.76%)	2 (2.94%)	2 (2.94%)
Cuarto Año		15 (22.05%)	10 (14.70%)	

22.- Búsqueda de ayuda y orientación.

	Si	No	No contestó
Tercer Año	11 (28.94%)	1 (2.63%)	1 (2.63%)
Cuarto Año	19 (50%)	4 (5.88%)	2 (5.26%)

Actividades Asistenciales.

Centros de Salud y Consultorios.

24.- Pláticas a la Comunidad.

	Si	No
Primer Nivel	30 (44.11%)	
Segundo Nivel	12 (17.64%)	26 (38.23%)

25.- Tipo de pláticas.

Prevención, Educación a la Comunidad, Planificación Familiar, Higiene personal y habitacional, Higiene Escolar, Promoción de la Salud, Primeros Auxilios, Nutrición, Parasitosis, Enfermedades más frecuentes en la comunidad, Educación Sexual, Cuidados del Niño etc.....

26.- Orientación y prevención a pacientes.

	Si	pocas veces	No
Primer Nivel	23 (33.82%)	5 (7.35%)	2 (2.94%)
Segundo Nivel	30 (41.11%)	4 (5.88%)	4 (5.88%)

27.- Actividades en consultorios.

Respuesta interpretada.

28.- Libre desempeño en actividades asistenciales.

Respuesta interpretada.

29.- Opinión en torno a la aceptación del alumno de este plan.

	Si	Más o menos	No	No contestó
Segundo Nivel	7 (18.42%)	3 (7.89%)	25 (65.78%)	3 (7.89%)

Aspectos Generales.

30.- Apoyo al Plan.

	Si	Más o menos	No	No contestó
Primer Año	3 (4.41%)		8 (11.76%)	4 (5.88%)
Segundo Año	4 (5.88%)	1 (1.47%)	4 (5.88%)	6 (8.82%)
Tercer Año			11 (16.17%)	2 (2.94%)
Cuarto Año	4 (5.88%)	7 (0.27%)	10 (14.70%)	4 (5.88%)

31.- Relación con otros profesionistas.

Ingenieros, Odontólogos, Psicólogos, Actuarios, Epidemiólogos, Antropólogos, Químicos
Veterinarios, Arquitectos, Abogados, Trabajadores Sociales, Biólogos, Psiquiatras, -----
Maestros, Dietistas.

32.- Dónde se piensa trabajar.

	Particularmente	Provincia	Institución	No sabe	No Cont
Primer Año	3 (4.41%)	8 (11.76%)	1 (1.47%)	3 (4.41%)	
Segundo Año	3 (4.41%)	9 (13.23%)		2 (2.94%)	1 (1.47%)
Tercer Año	2 (2.94%)	7 (10.29%)	1 (1.47%)	3 (4.41%)	
Cuarto Año	7 10.29%)	7 (10.29%)	2 (2.94%)	6 (8.82%)	3 (4.41%)

33.- Interés por especializarse.

	Si	No	No contestó.
Primer Año	10 (14.70%)	5 (7.35%)	
Segundo Año	14 (20.59%)		1 (1.47%)
Tercer Año	13 (19.11%)		
Cuarto Año	22 (32.35%)	3 (4.41%)	

Todas las posteriores respuestas fueron analizadas e interpretadas y se presentan en el capítulo correspondiente.

Nota : Cabe hacer notar que la presentación de los resultados de cada pregunta no sigue un orden progresivo, esto es porque, la mayoría de la información fue analizada e interpretada directamente -- (conservando siempre la idea original de los alumnos y los tutores), y presentada en el apartado correspondiente.