



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

" ARAGON "

AREA DE CIENCIAS POLITICAS

LAS POLITICAS DE LA OPS EN LATINOAMERICA  
Y LA FORMACION DE MEDICOS EN MEXICO. EL  
CASO DEL SISTEMA DE ENSEÑANZA MODULAR

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN SOCIOLOGIA

P R E S E N T A

JUAN LOPEZ MOLINA

5851-41244

SAN JUAN DE ARAGON, ESTADO DE MEXICO

ENERO 1986



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 esta 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.

A LA FAMILIA FABIAN VAZQUEZ  
A QUIENES LES DEBO MI FORMA  
CION.

A MARINA: EN NUESTRA  
LUCHA POR SER COMO -  
TODOS.

## AGRADECIMIENTOS

CABE MI AGRADECIMIENTO A LA COMPAÑERA ROSA MA. TORRES DE LA ENEP ZARAGOZA, A LA COMPAÑERA JULIETA VALENTINA GARCIA DE LA ENEP IZTACALA, A EDGAR JARILLO DE LA UAM XOCHIMILCO, FERNANDO LOZANO DE LA ENEP ZARAGOZA; QUIENES DESINTERESADAMENTE Y SIN ESCATIMAR ESFUERZOS ME APOYARON, YA SEA ORIENTANDOME CON SUS CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS, YA SEA FACILITANDOME MATERIALES BIBLIOGRAFICOS EN EL MOMENTO QUE YO LO NECESITE. IGUALMENTE, UN RECONOCIMIENTO PARA FLORINA GONZALEZ, ASESORA DE MI TRABAJO QUIEN SIN OBJECIONES DE NINGUN TIPO ME BRINDO EL APOYO QUE ESTUVO A SU ALCANCE.

## I N D I C E .

Introducción. . . . .	1
Cap. I . . . . .	6
Antecedentes	
a) El despegue momentáneo de los países latinoamericanos. . . . .	6
b) La creciente inversión extranjera en Latinoamérica. . . . .	9
c) Los organismos panamericanos y el imperialismo. . . . .	12
d) La crisis de los modelos de desarrollo en América Latina. . . . .	15
e) La Alianza para el progreso . . . . .	18
Cap. II . . . . .	23
La OPS y la planificación de la salud en América Latina . . . . .	
a) La práctica medica y el desarrollo capitalista . . . . .	23
b) Punta del Este, punto de partida de la medicina comunitaria. . . . .	26
c) Participación de la comunidad, extensión de cobertura y atención primaria. . . . .	30
d) Coordinación de la instituciones formativas y aplicativas . . . . .	34
e) La planificación de los recursos humanos y las universidades . . . . .	37
Cap. III . . . . .	44
La planificación de la salud en México.	
a) Antecedentes de la medicina comunitaria en México . . . . .	44
b) El plan nacional de salud. (1974-1983). . . . .	49
Cap. IV . . . . .	53
La reforma universitaria en México	
a) Período de 1970-1972. . . . .	53
b) La reforma educativa echeverrista . . . . .	62
c) La ANUIES y la reforma universitaria. . . . .	66
d) El proyecto CCH. . . . .	69
e) La creación de las ENEP . . . . .	71
F) La fundación de la UAM. . . . .	77

Cap. V . . . . .	83
Las políticas de la OPS y el currículum de las carreras de medicina.	
a) El perfil profesional de los egresados. . . . .	83
b) Contenidos curriculares . . . . .	102
c) Innovación en los métodos de la enseñanza . . . . .	111
d) Caracterización de la enseñanza modular en cada una de las escuelas. . . . .	116
Conclusiones. . . . .	125
Bibliografía. . . . .	129
Anexo	

## I N T R O D U C C I O N

Con la entrada a la década de los 60 se inician una serie de reuniones convocadas por la Organización Panamericana de la Salud ( OPS), en las cuales participan los ministros de salud de América Latina; en aquellas reuniones la OPS externa una preocupación que comparten los ministros, la falta de servicios de salud a una inmensa mayoría de la población de nuestros países latinoamericanos. A través de esas continuas reuniones acuerdan trazar las estrategias para extender la cobertura de los servicios de salud a dicha población mediante la medicina comunitaria, participación de la comunidad, coordinación de las instituciones, formación de recursos humanos para la salud, etc.

Los estudiosos han seguido paso a paso estos acontecimientos y plantean que tal política no es aislada sino que se inscribe en toda una estrategia global tendiente a replantear la hegemonía del vecino país imperialista hacia nuestros países, y ubican su punto de partida en una reunión celebrada en 1961 en una ciudad de un país latinoamericano, en la cual -- asisten los representantes de los gobiernos del continente para legitimar una acción de envergadura para nuestros países, la implementación de la Alianza para el progreso ( ALPRO).

Por otro lado, a mediados de los años setenta se inicia en algunas instituciones de educación superior de nuestro -- país, la preparación de profesionales en las llamadas ciencias de la salud ( médicos, odontólogos, enfermeras, veterinarios, etc.) con una carga curricular distinta de las escuelas y facultades ya existentes con anterioridad; aquella hace énfasis en la práctica de la medicina general, incluyendo disciplinas que se avocan al estudio de la producción y distribución de -

la enfermedad a nivel de la población, hace hincapié en la --  
prevención de las enfermedades más que en su curación, introdu-  
ce al alumno a una práctica temprana lo mismo en las comunida-  
des que en las clínicas y en los hospitales; habla de la pre-  
paración profesionales capaces de conocer y hacer frente a -  
las enfermedades que inciden mayormente en la población del -  
país. Tal tarea en la educación superior venía también acompa-  
ñado de un método distinto para la formación de aquel perso- -  
nal, esto es, el Sistema de Enseñanza Modular ( SEM).

De aquella época a la actualidad ha surgido un crecien-  
te volumen de literatura en torno a la enseñanza modular, --  
unos se refieren a su carácter innovador en la educación supe-  
rior; otros se refieren a sus bondades que como un cuerpo de-  
técnicas, métodos y conceptos representa una forma distinta -  
en la concepción y práctica de la educación; otros más discu-  
ten y teorizan sobre los alcances y las implicaciones de cada  
uno de sus elementos. Se discute igualmente sobre sus posibi-  
lidades de replantear las relaciones de las universidades con  
la sociedad, etc. Lo que no existe hasta el momento son estu-  
dios que establezcan explícitamente los orígenes de tal tipo  
de enseñanza, que expliquen cómo se concibió tal cuerpo de mé-  
todos, técnicas y conceptos.

Analizando bien, tanto el primer acontecimiento a nivel  
del continente como el segundo que se da en algunas escuelas -  
y universidades de nuestro país, encontramos que hay una rela-  
ción estrecha entre ellos, que los cambios que se dan en éstas  
últimas hallan su explicación en aquellas políticas del orga-  
nismo panamericano que, como meta, en materia de salud estable-  
cía extender los servicios de salud a toda la población de --  
nuestros países.

El presente trabajo busca sistematizar ésta información  
para hacer explícita la relación directa entre las políticas -

de la OPS y el SEM en materia de formación de médicos. Ciertamente que este tipo de enseñanza se haya implantado, tan sólo en el valle de México en 5 escuelas, nos avocamos a analizar solamente a 3 de ellas: la ENEP-Iztacala, ENEP-Zaragoza, y la UAM Xochimilco por tener estos un origen común, una causa común que dá pié a su implantación en nuestro país, ésta es la Reforma universitaria.

Consta de 5 capítulos. El primer capítulo intenta analizar el contexto general en el cual surgen las políticas que en este trabajo nos avocamos a estudiar, es decir, las políticas de la OPS; en él planteamos el panorama económico político de latinoamérica a partir de la 2a. guerra mundial, siguiendo su evolución hasta la década de los 50-60 localizamos las etapas y las respuestas que nuestros países dan o son obligados a dar a su situación; detectamos también las medidas que el imperalismo norteamericano ha adoptado con respecto a nuestros países, las "cartas" con las cuales ha jugado en cada momento histórico. Esto, consideramos "arroja luz" sobre el papel que la OPS juega en todo este acontecimiento. El segundo capítulo analiza la evolución de los planteamientos del organismo panamericano y sus implicaciones en el "desarrollo" de nuestros países, evolución, por ejemplo, de planteamientos generales como extensión de cobertura de los servicios de salud hasta indicaciones concretas sobre el tipo de recursos humanos a formar en nuestras universidades. El tercer capítulo muestra como se configura el discurso del gobierno mexicano para dar respuesta a las demandas del organismo en las tareas que le corresponde, pues como signatario de esas políticas tiene que impulsarlas en nuestro país, si no efectivamente, por lo menos en la formalidad. Se aborda desde la etapa cardenista para poder apreciar cómo evolucionan las políticas de salud de cada gobierno y estar en posibilidades de indicar en qué momento nuestro país se ciñe a esas políticas a nivel panamericano. En el cuarto capítulo se aborda el tema de la reforma universitaria en México,

como veremos, gran parte de la tarea es responsabilidad del Estado, sin embargo uno de los medios fundamentales para la extensión de cobertura son los "recursos humanos", los profesionales que encabezan las acciones; aspecto bastante "espinoso" dada la orientación que ha tomado la formación, principalmente de los médicos, y gran parte de esta responsabilidad recae, según ellos, en las universidades, ámbito de formación de aquellos. Las universidades por su parte, poseen sus propias particularidades que requieren ser tratados como "punto aparte" dada su autonomía y los poderes asentados en su interior. Aunque los planteamientos de la enseñanza modular provienen directamente de la OPS como veremos en el último capítulo, consideramos que los acontecimientos que se suscitan en nuestras universidades, a la vez que dan pie la implantación del SEM, marcan profundamente su desarrollo posterior. El quinto capítulo, pretendemos que sea la culminación del trabajo pues ahí se analizan los planes de estudio de las tres escuelas, tratando de comprobar aquello que hemos venido adelantando, la estrecha relación entre las políticas de la OPS y los cambios en el sistema de enseñanza y los contenidos de los planes de estudios de las escuelas analizadas. En él tratamos de explicar cuáles son las características del SEM que responden a las necesidades que ellos plantean; asimismo caracterizamos brevemente la enseñanza modular en cada una de las 5 escuelas.

La intención es aportar elementos para una visión crítica sobre el papel del SEM y como consecuencia una visión crítica de los profesionales que de él egresan hacia su práctica. Esto en la medida en que logremos plasmar con claridad-aunque no con la profundidad requerida-el papel que la medicina está llamada a desempeñar en una sociedad capitalista como la nuestra y planteemos con igual claridad y suficientemente fundamentada la relación entre el SEM y el desenvolvimiento económico y político de nuestros países, y las causas que dieron -

orígen a la enseñanza modular en nuestro país. Si ésto es así, consideramos que contribuimos a desmitificar el discurso humanista que envuelve a la práctica de la medicina comunitaria - para ubicarla en su justa dimensión, como una práctica en la cual subyacen móviles económicos, políticos e ideológicos.

## CAPITULO I

### ANTECEDENTES:

#### a) EL DESPEGUE MOMENTANEO DE LOS PAISES LATINOAMERICANOS.

Hay un acuerdo generalizado en el sentido de que la 2a. guerra mundial marca un hito en la historia de nuestros países latinoamericanos, por dos razones: es este acontecimiento mundial el que permite que reactiven su economía dentro un modelo de desarrollo que dura hasta fines de la década de los cincuenta y porque es este mismo acontecimiento el que permite el reacomodo de las esferas de influencias de los grandes países imperialistas; de este evento el imperialismo norteamericano sale fortalecido, y se perfila como el indiscutible país hegemónico de una gran parte del orbe y principalmente de latinoamérica. Son dos situaciones al parecer excluyentes, pero analizados con una visión totalizadora se integran, y en función de ellos podemos explicar muchas de nuestras situaciones y problemas actuales.

Durante la guerra los grandes países capitalistas se hallan embarcados en este evento y su economía se orientaba hacia lo que los autores conocen como "economía de guerra", esto es, su producción está dedicada a proveer armamentos y todos los pertrechos que los combatientes requieren, descuidando otro tipo de demandas de la población civil, tales como alimentos y otras materias primas que la producción requiere, permitiendo así que nuestros países sean los proveedores de algunos de estos productos.

Agustín Cueva, nos explica la situación de la siguiente manera: "Luego de un marasmo derivado de la crisis de 1929 la economía latinoamericana arranca con inusitado brío en la década

da de los 40, desarrollandose a un ritmo anual promedio del - 5.2 %... Incitado por la demanda externa, el sector agrario - es el primero en activarse, entre 1942 y 1962 volúmen de la - producción aumenta en un 80%, con un ritmo anual de 2.6%, su - perior al de cualquier otra región del mundo..."<sup>1</sup>

Esta es la situación general, pero veamos qué sucede en los principales países latinoamericanos: "En Brasil, por ejem - plo el volúmen físico de la producción agropecuaria ... de - 1946 a 1962... se incrementa en un 77% (...) si excluimos los productos de exportación, cuyo valor real creció sólo 27% en - los mismos años, constatamos que la producción para consumo - interno aumentó el 90%. En México, la producción del agro que en 1935-45 creciera a una tasa media anual de 28%, se desa - rrolla un ritmo anual de 7.6% en el período 1946-56. En los - países eminentemente agrarios como Ecuador o los de Centroamé - rica prácticamente todo el crecimiento de su producto interno bruto se origina en la reactivación del sector agroexporta - dor".<sup>2</sup>

El mismo autor nos continúa señalando que este crecimien - to se desarrolla sobre una explotación extensiva de la tierra, excepción de México donde la productividad crece en un 80%; és - to último como lo veremos más adelante tiene una incidencia - marcada en el posterior desenvolvimiento de nuestros países.

Habríamos de agregar que, con todo lo voluminoso de su - agroexportación, nuestros países se orientan a reactivar su - mercado interno como lo podremos constatar a lo largo de esta - exposición .

---

1 Cueva, Agustín. El desarrollo del capitalismo en América - Latina, México, Ed. Siglo XXI, 1984, p.185.

2. Ibid., pp.184

Veamos ahora qué sucede en la industria: "Sobre la base del repunte del valor de las exportaciones el proceso de industrialización de América Latina se acelera notablemente. En Argentina la producción industrial aumenta en un 50% entre 1945 y 1955; en Uruguay ... crece en cerca del 120% entre 1943 y 1955; en Chile en alrededor de un 30% entre 1945 y 1952, o sea, el doble de velocidad que en 1929-1937; en México se duplica en el lapso de 1946-1956. En este último caso el auge del sector agroexportador es tal, que permite que la importación de maquinaria y equipos para la industria crezca en un 338% entre 1945 y 1955<sup>3</sup>.

Ahora bien, ¿cómo se distribuyen los beneficios de esta reactivación en los agentes directos que hacen posible la producción, es decir los trabajadores?. Agustín Cueva continúa diciendo "... y dado el mejoramiento coyuntural de los términos del intercambio internacional, permite también que los salarios rurales recobren parte de lo perdido a raíz de aquella crisis [la del 29]. Tal mejoramiento facilita en síntesis, que la acumulación de capital se amplíe por ese lado hasta 1953-55 aproximadamente, y no a costa de la pauperización absoluta de los obreros agrícolas, bastante difícil de acentuar, por lo demás que el salario real de éstos ha bajado hasta un límite estrictamente vegetativo en la crítica fase anterior"<sup>4</sup> Por lo que toca a los trabajadores del sector industrial, la situación es similar; éstas son sus características. "La primera fase de este proceso de industrialización se realiza, por lo demás, sin grandes alteraciones en la composición orgánica del capital, hecho que permite una significativa ampliación del empleo. En Brasil, el número de personas ocupadas en la industria de transformación se eleva en más de un 40% en el decenio 1940-1950, lo que significa que el ritmo del empleo en el sector febril no se queda a la zaga del crecimiento

3 Ibid., pp. 187

4 Ibid., pp. 186

de la población. En Argentina, el nivel de ocupación en Buenos Aires, que de 1929 a 1940 se había elevado en 29%, en los siguientes cinco años se incrementa en un 20%. En Uruguay la ocupación industrial crece en un 35% entre 1948 y 1955, y en México a un ritmo anual de 6% entre 1941 y 1950, superando ampliamente el crecimiento demográfico"<sup>5</sup>.

Refiere el autor que este proceso trae consigo un aumento real del salario de los trabajadores, que van desde el 3% hasta el 139% en los distintos países<sup>6</sup>.

Lo analizado hasta este momento es elocuente en el sentido de una mejoría relativa del nivel de vida de la población, esto como ya lo hemos visto se debe al aumento en términos absolutos del empleo, al aumento de las exportaciones y a la reactivación del mercado interno; es lo que lleva a algunos apoligistas del sistema ( la CEPAL por ejemplo) a " echar las campanas a vuelo" y hablar de un desarrollo sostenido de nuestro países hacia la industrialización y acumulación de capital.

Sin embargo, los nubarrones del cielo latinoamericano anunciaban ya un cambio drástico en este proceso.

#### b) LA CRECIENTE INVERSION EXTRANJERA EN LATINOAMERICA

Una vez acabada la guerra. Los Estados Unidos se erigen como uno de los grandes victoriosos, consolidando su hegemonía en los países capitalistas dependientes, esto es así porque con la demanda de la economía de guerra el desarrollo de sus fuerzas productivas fueron impulsadas; paralelamente a

---

<sup>5</sup> Ibid., pp. 188.

<sup>6</sup> Vease Cueva Agustín, op. cit., Pág. 187-189.

la recuperación y expansión del comercio mundial y al hecho - de que los Estados Unidos " no tuvieran que sufrir los efectos de la guerra en su propio territorio"<sup>7</sup>. Circunstancias que le permitieron continuar con renovados bríos su proceso de expansión imperialista, aunque iniciada a finales del siglo, se consolida en la post-guerra, en palabras de Vania Bambirria," se dan las condiciones para la integración monopólica mundial ... Este nuevo proceso de expansión, cuyas condiciones han sido generadas por la guerra, ha alcanzado a todas las regiones de capitalismo dependiente del mundo, siendo particularmente intenso en América Latina. En el período de 1951-55, Latinoamérica es la región donde se produce la mayor entrada de capitales, o sea, 3282.8 millones de dólares; ...; entre 1956-60, esta cifra sube a 5654.8 millones de dólares, la que es sólo superada por la espectacular entrada de capitales en Asia sudoriental que alcanza a 8007.2 millones de dólares"<sup>8</sup>.

En otros términos. "En 1945, 182 subsidiarias norteamericanas dedicadas a actividades manufactureras en América Latina; en 1950 su número se eleva a 259 y en 1955 a 357; a partir de entonces experimentan un crecimiento vertiginoso: 612 subsidiarias en 1960; 888 cinco años más tarde..."<sup>9</sup>

La inversión estadounidense no sólo se orienta hacia el dominio de las fuentes de materias primas y de mercados, ya que con anterioridad tenía a éstos bajo su control, su atención se va a orientar ahora hacia las inversiones en los sectores manufactureros<sup>10</sup>.

---

7 Bambirria, Vania, El capitalismo dependiente latinoamericano México, Ed. Siglo XXI, 1985<sup>10</sup>. p. 85.

8 Ibid., Pág. 88.

9 Cueva...., op. cit. pág. 194

10 Bambirria..., op. cit. pág. 88

" A su turno la banca estadounidense no deja de expandirse: presente en 10 países latinoamericanos en 1955, la encontramos ya en 22 ( ...) en 1967; su número de sucursales pasa en ese lapso de 56 a 134"<sup>11</sup>. Por lo visto, las inversiones están orientadas a cubrir cada aspecto de nuestras economías, pues las hallamos presentes en el sector primario, en el de la industria y en capital financiero. Consecuentemente se dá la "integración" de muchos países hacia la política económica -- del país hegemónico, adoptando medidas cada vez más "interdependientes", que no es más que la creación de una serie de facilidades para la penetración del capital extranjero.

¿ Cuáles son los efectos de estas acciones en lo interno de nuestros países?.

- a) Control y dominio del capital extranjero de sectores y ramas productivas industriales.
- b) Intensificación de la monopolización, concentración y centralización de la economía; con la instalación de las grandes empresas se absorben las nacionales.
- c) Desnacionalización de los medios productivos hasta entonces en manos de nacionales.
- d) Articulación de las burguesías nacionales al de las empresas extranjeras, llevando consigo la articulación de las políticas nacionales con la política norteamericana<sup>12</sup>.

Todo lo anterior se ha referido a inversión extranjera directa, pero existe otro rubro en el que particularmente somos vulnerables, en la inversión extranjera indirecta,"....

---

11 Cueva... op. cit., pág. 194.

12 Bambilra, op. cit. pág.89-90

los préstamos internacionales se incrementan notablemente en la misma coyuntura, [la época de la cual estamos hablando] de suerte que el financiamiento externo, que en 1946-49 representaba el 3.3% de la inversión interna bruta y 1950-54 el 4.9%, en 1955-66 pasa a representar el 9.3%"<sup>13</sup>.

Se dan las condiciones, por tanto, para el control "yanqui" de nuestra economías, sellando una "nueva fase de nuestra dependencia".

Hemos mencionado los dos rubros por los cuáles se fortalece tal dependencia con la potencia hegemónica, es decir, por la vía de la inversión extranjera directa y por la indirecta. La primera mediante la proliferación en nuestros países de empresas "multinacionales", a través de sistemas regionales de comercio, de sistemas financieros internacionales<sup>14</sup>. La segunda mediante la supeditación a organismos como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Interamericano de Desarrollo; etc. en líneas más adelante veremos cómo vinculan las situaciones anteriormente planteadas con los organismos de carácter panamericano y lo bien que el imperialismo los utiliza llegado el momento.

### c) LOS ORGANISMOS PANAMERICANOS Y EL IMPERIALISMO.

Por lo visto, el proceso de expansión norteamericana ha alcanzado a todas las regiones de latinoamérica, cada gobierno tiene que responder por los intereses en su país implantados y la garantía para que así sea son los medios de control, que pueden consistir desde una intervención directa hasta las negociaciones a través de la vía institucional.

---

13 Cueva, op. cit., pág. 195

14 Bambirra ..., op. cit., pág. 87.

Tulio Halperin nos dice que durante la guerra, Los Estados Unidos optan por la segunda vía con los países latinoamericanos, cambiando al parecer la política del "garrote" por la del buen vecino; obviamente ésto lo hace cuando sus piezas claves se hayan en el poder"... cuando Los Estados Unidos han logrado organizar, en las zonas por ellos antes ocupadas militarmente, fuerzas armadas locales que permanecen fieles..., estableciendo regímenes a la vez estables y devotos a los intereses metropolitanos"<sup>15</sup>. Hay que destacar que existen por otro lado el grupo de los países que conservan más autonomía, más amplitud de acción frente a la potencia.

La política del buen vecino le permite a Los Estados Unidos ganar autoridad entre los países y afianzar por ese lado su dominio; avanzando hacia la creación de instituciones que aglutinen a nuestros países dentro del marco de ciertos intereses comunes".

"... Gracias a esa prudencia, Los Estados Unidos pueden apoyar con una autoridad mayor la consolidación del sistema panamericano, por la que muestra interés creciente. Este interés es compartido, de modo cada vez más amplio en Latinoamérica; gracias a ello los sacrificios que la política del buen vecino implica (...) encuentra amplia recompensa"<sup>16</sup>. Sacrificios, porque no puede aplicar la fuerza directa para conseguir sus objetivos, sino tiene que negociar o buscar el consenso.

Ahora bien, ¿cuál es la bandera, cuáles son estos intereses comunes que aglutinan a estos países?, Una vez terminada la guerra, los aliados delimitan sus zonas de influencia, pero

---

15 Halperin, Tulio, *Historia contemporánea de América Latina, México*, Alianza editorial mexicana, 1983, p. 369.

16 *Ibidem*,

conservando un frente contra el nazismo; sin embargo ante los avances políticos de la URSS principalmente en Europa, Los Estados Unidos se alertaron contra este avance desatando la llamada "guerra fría" en la cual involucraban a los países latinoamericanos; ahora el peligro ya no era el nazifascismo, ahora es el comunismo, el "peligro de una intervención extracontinental, el peligro de una conspiración comunista internacional"<sup>17</sup>, que atentaría contra "la democracia y la libertad que impera en nuestro continente", por cuya causa ellos luchaban. Con esto aprovechó la fuerza que estaba ganando en América Latina para oponerse a todo movimiento nacionalista o libertador de nuestros países so pretexto de ser fascista o totalitario<sup>18</sup>.

"En 1948, la conferencia de Bogotá creó la Organización de los Estados Americanos (OEA); organismo regional de compleja estructura; maduraba así la transformación panamericana en un pacto regional por organismos permanentes y comprometido hondamente en los conflictos internacionales. Institucionalmente, Estados Unidos había logrado preparar una organización lista para enfrentar las consecuencias de la entrada al área americana dentro de la guerra fría; en la década de los 50 la organización de los Estados Americanos iba a estar cada vez más absorbida por ésta..."<sup>19</sup>

En 1954 la OEA era estrenada, entraba en acción para justificar la razón de su existencia; en la Conferencia de Caracas -- Los Estados Unidos denunciaban la evolución política de Guatemala que "amenazaba la democracia y al mundo libre" en el cual se desenvolvían los países americanos.<sup>20</sup>

---

17 González Casanova, Pablo, México 1979. Ed. Siglo XXI .pág.193. Imperialismo y liberación.

18 Ibid., 196

19 Halperin, Tulio, op. cit. pág. 376

20 Ibid, pág. 461

Este fué el inicio de una cadena de acciones de la OEA que la hacen célebre; acciones que le dan cobertura institucional a Los Estados Unidos para intervenir en otros países. "La política norteamericana había ya aprendido a usar cada más para sus fines a la organización panamericana; al aproximarse la crisis cubana las reuniones de cancilleres y las conferencias-interamericanas se suceden ahora con frecuencia creciente. En Santiago de Chile en 1959, y en San José de Costa Rica, en -- 1960, los cancilleres reafirman el principio de no intervenir -- ción, pero a la vez le introduce una nueva limitación, por lo menos potencial, al reafirmar también el apoyo colectivo al ré gimen democrático-representativo"<sup>21</sup>. Es decir, si algún país no cumple con tales requisitos, se adjudican el derecho de impugnarlo y de legitimar cualquier acción contra ese país.

Nos refiere Halperin que esta política de mediaciones y reformas, es abandonada después de la muerte de Kennedy.

#### d) LA CRISIS DE LOS MODELOS DE DESARROLLO EN AMERICA LATINA.

El auge económico en Latinoamérica fué momentáneo, todos los autores coinciden que en la década de los cincuenta ya "mostraba el cobre", así también lo constatan las cifras y los movimientos sociales en nuestros países, esta "bonanza" estaba destinada a acabar en un plazo bastante corto, son elocuentes los siguientes datos en ese sentido:

" El impulso generalizado de la economía latinoamericana se manifiesta todavía en el quinquenio 1950-66, por un crecimiento anual del PIB del orden del 5.1%, lo. en términos per cápita equivale al 2.2. Pero a partir de allí el declive co --

---

21 Ibidem .

mienza. El producto por habitante sólo crece al ritmo anual de 1.7% en 1955-60 y se estanca en 1965-66, La época de "bonanza" sin duda ha concluido..."<sup>22</sup>.

Y es que no podía ser de otra manera, si recordamos que por un lado, la reactivación de la economía latinoamericana se cimentaba en la exportación de los productos de la agricultura y en algunas manufacturas consumidas por algunas naciones en guerra, una vez terminada ésta los países, principalmente Los Estados Unidos recuperan en corto plazo el terreno perdido en la producción; se deterioran para nuestros países los términos del intercambio, se invierte, diríamos la relación, de proveedores nuestros países pasan a ser compradores.

Vimos también que a partir de la postguerra las inversiones norteamericanas en nuestros países han ido en franco y vertiginoso ascenso.

"La escasez de capital originado por el deterioro de los términos del intercambio por los demás haberse compensado, ya que es justamente a partir de tal deterioro que las inversiones directas norteamericanas dan el gran salto, al pasar de un total de 1660 millones de dólares en el quinquenio 1956-60"<sup>23</sup>, sin contar los préstamos internacionales que también fueron en ascenso desde la postguerra.<sup>24</sup>

En líneas anteriores también hicimos mención de las bases en que se sustentaban tanto la producción agropecuaria como la industrial, en la primera, el aumento en la producción dijimos, se basaba fundamentalmente en la explotación extensiva de la tierra, tampoco en la industria hubo cambios en la

---

22 Cueva..., op. cit., pág. 190

23 Ibid., pág. 195

24 Ibidem

composición orgánica del capital. Cueva resume toda la situación de esta manera: "El añorado desarrollo nacional autónomo no fué, en efecto, más que una quimera. La economía latinoamericana no logró desarrollar un mecanismo autónomo de acumulación, puesto que ésta siguió dependiendo en última instancia de la dinámica del sector primario exportador y de sus avatares en el mercado internacional. Y la industrialización misma se desarrolló "por arriba", en lugar de comenzar por loscimientos. Pese a todos los avances logrados en este período, es evidente que el sector productor de bienes de producción siguió siendo el pariente pobre del proceso; su raquitismo puso a toda la industrialización a merced de la capacidad de importar maquinaria y equipos e impidió que se realizara una acumulación tecnológica realmente significativa. En el agro, con las contadas excepciones que se señaló tampoco se produjo un desarrollo de las fuerzas productivas de magnitud; la vieja estructura latifundista lo impedía por lo demás"<sup>24</sup>.

Nadie ignora el permanente drenaje de capital de nuestros países hacia los grandes centros capitalistas, ya sea por compra de medios de producción, por utilidades de las empresas "multinacionales" instaladas, por pago de tecnología, por pago de intereses a los préstamos, etc. Por estos conceptos sabemos que en determinados plazos sale más capital del que entra.<sup>26</sup> Es un proceso que depauperiza a los trabajadores de nuestros países, ya que las burguesías locales lo único que hacen es transferir los efectos de tal deterioro a los trabajadores y a los sectores populares, los salarios por tanto decrecen en términos absolutos.<sup>27</sup>

---

24 Ibid., pág. 193.

26 Véase Agustín Cueva, op. cit. pág. 195

27 Ibid., pág. 199

¿ Qué se espera de una situación tal, que llegado a su extremo desata la violencia, pero que puede cristalizar a su vez en movimiento liberador como el de la revolución cubana? '

" Al sumarse al agotamiento de una solución económica - cuya eficacia había durado durante 30 años, y que en el curso había servido de base a muy variadas soluciones políticas, la plena entrada a la guerra fría imprimió una súbita urgencia a la crisis latinoamericana: las profesías coincidían, (...\_ en nunciar una próxima catástrofe si las fuerzas económicas y -- sociales eran en libertad de proseguir los desarrollos que ya habían comenzado"<sup>28</sup>. Los gobiernos locales y el imperialismo - sabían que los problemas económicos y sociales tarde o temprano convergían en problemas en que se sustenta este poder. Las guerrillas empiezan a hacer sentir su presencia, en países de América Latina las luchas sociales además de involucrar a los obreros alcanza a los campesinos, estudiantes y sectores me -- dios radicalizados, países con cierta solidez política resienten las luchas<sup>29</sup>, ciertamente, si no se hacía algo, la catástrofe llamaba a las puertas de los gobiernos y del imperialismo.

e) ALIANZA PARA EL PROGRESO

Si los orígenes de los problemas que se estaban desatando eran económicos, la escasez de capital de latinoamérica; se gún los apologistas del imperialismo, había que hacer algo al respecto.

Ya en la parte anterior mencionamos los dos "problemas "

---

28 Halperin,. Op. cit. pág. 438

29 Cueva., op. cit. pág. 216

que incidían en un mismo punto, la depauperización de los pueblos que conduce a movimientos sociales que ponían en peligro la persistencia del sistema, y la revolución cubana, aquel movimiento liberador que se atrevió a desafiar la autoridad y el dominio de la gran potencia, se daban cuenta ellos que en último caso los dos "problemas" tenían las mismas causas y que -- desembocan a lo mismo, socaban el poderío norteamericano poniendo en jaque al coloso. En los hechos entonces había que tomar medidas que neutralicen al primero y combatan al segundo; las bases están dadas, ya lo mencionamos anteriormente, existe ya un organismo panamericano que legitima cualquier acción, en el primer caso de acciones reformistas que prevengan que los demás países lleguen hasta donde el segundo, con éstas mismas acciones aislar a éste, hostigarlo, hasta hacerlo volver al redil. La OEA servirá para dar cobertura a estas acciones.

Había que invertir capital a esa América Latina maltrecha y el único quien está en posibilidades de hacerlo es Estados Unidos; es un gobernante latinoamericano, concretamente el brasileño Kubistchek quien sugiere un programa semejante al -- Plan Marshall llamada Operación Panamericana; por su parte Fidel Castro sugiere un plan de créditos norteamericanos de 10 años por un total de 30 mil millones de dólares destinado a superar la crisis latinoamericana. Esto sucedía en 1959.

Más tarde en 1961, el presidente Kennedy recogía parte de esta propuesta para integrarla a La Alianza para el progreso (ALPRO), con la diferencia de que serían 20 mil millones de dólares repartidos en 10 años, recursos que serían complementados con otros locales cuatro veces mayores, con ésto, decían, se asegura una tasa de crecimiento del orden de 2,5% per cápita anual en nuestros países<sup>30</sup>.

---

30 Halperin, op. cit. pág. 447

La ALPRO era un programa más amplio, pues incluía reformas en tasas impositivas de los países, reforma agraria, tecnificación de la explotación rural, etc.; en suma sería "una revolución social pacífica que en 10 años cambiaría el rostro de Latinoamérica" como orgullosamente declaraba Kennedy<sup>31</sup>.

Pasemos a revisar algunas de las particularidades de la ALPRO.

Metas:

"Aumentar el índice de crecimiento económico per cápita  
Aumento de las fuentes de trabajo y disminución de la -  
desocupación.

Distribución de los precios de los productos básicos.

Reducción de la mortalidad infantil y mejoramiento de -  
los servicios de salud pública.

Construcción de viviendas dignas de la condición humana.

Eliminación del analfabetismo y ampliación de las posi-  
bilidades de educación vocacional, secundaria y supe-  
rior"<sup>32</sup>.

¿Hacia dónde apuntaban estas medidas?. Según Puiggrós --  
los objetivos reales de la ALPRO, son:

1. Lograr cambios en la estructura de la demanda: se trata-  
ba de transformar las características del consumidor, --  
quien debía adaptarse al nuevo tipo de oferta tanto desde  
el punto de vista económico como, sobre todo desde el  
de su mentalidad.
2. Controlar el crecimiento demográfico: la explosión pobla-  
cional entra en contradicción con las características --

---

31 Ibidem

32 Puiggrós, Adriana, Imperialismo y educación. México, 1983, Ed. Nueva  
Imágen, p. 130.

del empleo en una estructura productiva "moderna" que lle<sup>ga</sup> rápidamente al tope de su capacidad de absorción de -- mano de obra, generando sectores desocupados, proclives a desarrollar conflictos sociales y crear inestabilidad política.

3. Educación y capacitación técnica: ésto permitiría la movilidad social de los individuos, implicando una superación para toda su sociedad<sup>33</sup>.

Observamos que es a partir de entonces que se le empieza a dar creciente importancia al papel de los profesionales y -- técnicos para el "desarrollo"; refieren que además del "capital físico", es fundamental el recurso humano, pues", constituye una inversión a largo plazo para el porvenir de cualquier -- nación"<sup>34</sup>. Por lo visto, se trata de un plan que trata de salirle al paso a los problemas socioeconómicos y políticos de -- Latinoamérica, que trata de poner un dique, de vacunarlos de -- cualquier atentado contra la democracia y las "buenas costumbres" provenientes de otras latitudes. "Este enemigo internacional debería ser combatido por un programa político de pueblos ilustrados, es decir, por la unión de las élites educadas en el liberalismo y ahora sujetos a la modernización proyanqui, que contendría el avance de las fuerzas contrarias a la "paz" y a la democracia"<sup>35</sup>.

Ya lo decía el Che Guevara en su discurso de Punta del -- Este, el plan está concebido contra Cuba; y citando al presidente Kennedy rebate a los ahí reunidos sobre el carácter meramente técnico de la conferencia para ubicarse en la esfera de la política, la cita es la siguiente: "Esta reunión es algo --

---

33 Ibid, pág. 130-131

34 Eisenhower, citado por Puiggrós, op. cit. pág. 87

35 Ibid., Pág. 129

más que una discusión de temas económicos o una conferencia - técnica sobre el desarrollo; constituye, en verdad, una demostración de la capacidad de las naciones libres para resolver los problemas materiales y humanos del mundo entero"<sup>36</sup>,

La APRO expresa sus objetivos y metas en la Carta de - Punta del Este. firmada el 17 de agosto de 1961, documento - que signan todos los países de América con excepción de Cuba. Los organismos encargados de impulsar las políticas que de -- ahí se desprenden son en su mayoría de carácter financiero co mo el BID, BIRF, FMI, etc., pero también está la OEA y como - poderemos apreciar más adelante el papel activo que desempeña la OPS.

---

36 Che Guevara. Discurso en Punta del Este. 1961. En Obras Revolucionarias. México. Ed. Era, p. 414.

## CAPITULO II

### LA OPS Y LA PLANIFICACION DE LA SALUD EN AMERICA LATINA

#### a) LA PRACTICA MEDICA Y EL DESARROLLO CAPITALISTA

Es larga la lista de los autores que escriben sobre el papel que la "salud" de la población trabajadora desempeña en el desarrollo capitalista de nuestros países. Es en función de este último que vamos a explicarnos el comportamiento de las medidas para "mantener la salud de la población", es decir el comportamiento de la Práctica Médica (PM). La PM se conceptualiza " como el conjunto de actividades teóricas y prácticas que tienen lugar en una sociedad para cuidar la salud y atender la enfermedad"<sup>1</sup>. Teniendo en cuenta que la sociedad capitalista es una sociedad clasista, vamos a encontrar que la clase dominante, "tenderá a hacer de la PM ( como cualquier aspecto o instancia de la sociedad) un factor coadyuvante del modo de producción que la sustenta como tal; a elegir la forma de la PM más adecuada a este fin; a desarrollar un saber respecto a ella, (...), acorde con su ideología dominante"<sup>2</sup>. Vamos a encontrar entonces que la PM está organizada de acuerdo a las necesidades de la clase dominante y se le asignan, las siguientes funciones:

- a) Contribuir a mantener y reproducir a la fuerza de trabajo necesaria para la valorización del capital<sup>3</sup>.
- b) Servir de factor de legitimación del Estado capitalista.

---

1 Salazar Olgún, Héctor. Práctica médica y política sanitaria p.5

2 Ibid., pág. 9

3 Ibid., pág. 7

Esto no quiere decir que se pase por alto la mayor o menor influencia que ejercen las "clases subalternas" para imponer una práctica acorde con sus intereses, lo que da por resultado un tipo de PM determinada; es a través del Estado, instancia que se presenta como la esfera de dirección y organización de la sociedad, la que sintetiza además las contradicciones de las clases<sup>4</sup>, que un determinado tipo de PM se expresa en política sanitaria. Por política sanitaria vamos a entender entonces " al conjunto de actividades teórico-prácticas que constituyen la PM de una sociedad con la finalidad de que la clase social que la detenta vaya haciendo de la PM ( y el proceso salud-enfermedad) un factor más para el establecimiento, la consolidación y el desarrollo de su dominación económica y hegemonía ( cultural, ideológica y política) sobre las demás clases y el todo social. Y por ende, comprende también su contrapartida, la política sanitaria de las clases -- subalternas que luchan en contra de tal supremacía"<sup>5</sup>.

A lo largo de la historia de la producción capitalista se pueden identificar varios tipos de PM, a saber:

La práctica liberal, consustancial al modo de producción capitalista en su "dejar hacer, dejar pasar", la preparación de médicos orientada hacia la satisfacción de las necesidades de los grupos con capacidad económica para pagar el servicio; la atención que se brindaba a las " clases desposeídas" era -- con meros fines filantrópicos.<sup>6</sup>

La intervención propiamente dicha del Estado se inicia con el sanitarismo, una respuesta que nuestros países dan a su

---

4 Fassler, Clara. Transformación social y planificación de la salud en América Latina. MIMEO. México, 1879. p.4

5 Salazar Olguin., op. cit. pág. 9

6 Andrade, Jorge. Marco conceptual de la educación médica en AL. Rev. Educación médica y salud. Vol. 13, no. 4, 1979, p. 2.

situación de exportadores de materias primas, impulsando campañas sanitarias en puertos, centros mineros y agrícolas donde los trabajadores eran fácilmente víctimas de las epidemias.

Otra modalidad de la PM es la seguridad social, implementada a partir del crecimiento del proletariado debido al impulso a la industrialización de nuestros países en la segunda post-guerra y como respuesta también a la presión política de esa creciente masa organizada de trabajadores, "dos caras de la misma moneda" que a la postre permite al sistema disponer en condiciones de producir y reproducirse, consiguiendo el Estado mediatizar las luchas de los trabajadores y ganando espacios de legitimación<sup>7</sup>.

Por último, la medicina comunitaria cuyo análisis ampliaremos en este trabajo.

Hemos dicho que la salud de los trabajadores ocupa un lugar estratégico en la acumulación de capital, esto tampoco pasa desapercibido para el imperialismo norteamericano en su política de expansión hacia los países latinoamericanos (nuestros países), vimos en el capítulo anterior cómo por medio de los organismos panamericanos ha ido ganando espacios, espacios que le han permitido imponer su voluntad, en ocasiones logrando el "consenso", en otras es la imposición directa por medio de la fuerza.

La Alianza para el progreso es uno de sus logros por la vía del "consenso", del cual se desprenden una serie de políticas a implementarse a América Latina.

---

7 Vargas de la Mora Virginia. Análisis sociológicos de las políticas de salud del Estado mexicano en el sector salud. Memorias de la V Jornada interna de trabajo. D.G.S.M., UNAM. México 1980.p. 243-245.

b) PUNTA DEL ESTE, PUNTO DE PARTIDA DE LA MEDICINA COMUNITARIA.

La segunda guerra mundial, también es el punto de partida de la planificación de la salud en América Latina, desde entonces se empiezan a ser sistemáticas las acciones tendientes a erradicar las principales epidemias de nuestro sub-continente. Los Estados Unidos empezaron a canalizar esfuerzos en este sentido, mediante "... financiamiento de programas de saneamiento... extendiéndose a la capacitación de recursos humanos que posibilitaron la ejecución de ellos. Con dicho fin se entrenaron considerable número de médicos en las escuelas de salud pública de norteamérica"<sup>8</sup>.

Son los antecedentes de las políticas que en este analizaremos, veremos cómo se profunizan, haciendo señalamientos -- concretos sobre su ejecución en nuestros países. En Punta del Este, Uruguay, en 1961; dentro del marco de la Alianza para el Progreso se implementan una serie de políticas tendientes a -- "resolver" los problemas de "atraso" de nuestros países, entre ellos el problema de la salud pública. Es en Punta del Este -- donde la planificación de la salud adquiere carta de ciudadanía, diría Fassler, delegando "...en la Oficina Panamericana -- de la Salud (OPS), la responsabilidad de asesorar a los países latinoamericanos en la preparación de los planes sectoriales y en la tarea de desarrollar metodologías para planificar el sector"<sup>9</sup>.

La tarea que se encomienda encabezar a la OPS se desglosa en el inciso "d", del anexo 2, de la "Carta de Punta del Este", cuyo contenido reproducimos a continuación:

8 Fassler., Op. cit. pág. 11

9 Ibid., pág. 24.

- " d. Dar particular importancia a la formación y capacitación de profesionales y auxiliares para las acciones de prevención y curación de las enfermedades. Con tal fin se precisó:
- (1) Determinar el número de técnicos de diversas categorías necesarios para cada función o profesión.
  - (2) Capacitar en servicio a los funcionarios actuales y formar progresivamente a otros en el mínimo indispensable y
  - (3) Ampliar y crear los centros educativos necesarios"<sup>10</sup>.

Esta es la inauguración a las continuas reuniones que los ministros de salud, convocados por la OPS celebran en distintos puntos del continente, para analizar la situación de la salud en las zonas rurales y zonas "marginadas" de las ciudades, para buscar los mecanismos para hacer llegar " los beneficios del desarrollo" hasta los más apartados lugares de nuestros países, para analizar los obstáculos presentes para lograr tales objetivos y plantearles solución, así tenemos que la reunión sobre extensión de cobertura en 1972 se señala como prioridad en las acciones sanitarias a las poblaciones rurales y urbanas marginadas, poblaciones con producción agrícola, poblaciones con bajo nivel de educación formal. "En las comunidades rurales resaltan los más importantes núcleos de población que no están todavía integrados a los procesos nacionales de desarrollo"<sup>11</sup>

En una reunión celebrada en ese mismo año en Chile, se reconoce que, " ...40% de la población que vive en áreas urba-

---

10 "Declaración de Punta del Este". Tomando de la "Resolución de la Reunión de Buenos Aires. " desarrollo de recursos humanos para la salud", Oct. 1968. Rev. de la OPS. p. 295.

11 Extensión de cobertura de los servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. OPS. p. 9.

nas marginadas y rurales carece de atención médica..."<sup>12</sup>, problema urgente a resolver ya que el área rural constituye la base potencial de desarrollo, y el desarrollo para ellos." Es un proceso de cambio del estado social de una población a otro en el que todos sus integrantes gocen de una mejor calidad de vida"<sup>13</sup>. implicando "... transformaciones de los objetivos estructurales en los sistemas e instituciones sociales"<sup>14</sup>; en este sentido pues, "El nivel de salud es expresión del grado de desarrollo de una población.

Las enfermedades que predominan en áreas subdesarrolladas constituyen problemas relacionados con el nivel de vida."<sup>15</sup> Nosotros diríamos que más bien se trata del desarrollo y expansión capitalista, en función de las necesidades del país imperialista como lo aclara la siguiente cita: "El Estado coadyuva al aumento de la productividad lo cual implicaba necesariamente mejorar la productividad de la fuerza de trabajo. dado el desarrollo tecnológico existente...

Estas acciones fueron financiadas mediante convenios bilaterales entre el gobierno de Los Estados Unidos y diversos Estados latinoamericanos...

Por lo tanto la PM es concebida por la potencia hegemónica como factor de aumento de la productividad de las masas -

---

12 Utilización de auxiliares y líderes comunitarios en programas de salud en el área rural. OPS. p.1

13 Extensión de cobertura..., op. cit. pág. 2

14 Ibid., pág. 3

15 Servicios comunitarios y de la salud y participación de la población. OPS. pág. 13

trabajadoras de los países dependientes; y simultáneamente -- con finalidad de legitimación de un sistema que traspasa las fronteras geográficas - políticas de los Estados-naciones y - que busca a través de las acciones de salud, entre otros, la manera de hegemonizar y lograr el consenso"<sup>16</sup>. Y si leemos -- entrelíneas las resoluciones de las reuniones encontraremos - tales ideas, por ejemplo; en la reunión de Chile de 1972 se - declaró lo siguiente: " si hoy se acepta que la salud es, para cada ser humano, un fin, y para la sociedad a que pertenece un medio, la salud constituye la infraestructura básica en la que se puede apoyar el desarrollo de la población rural de los países.

" La salud y la economía son componentes del desarrollo global. No puede haber productividad ascendente con una población que se enferma con frecuencia"<sup>17</sup>.

Esto son los móviles que hacen urgente llevarles "salud" a esos grupos marginados, y solo se logrará, según ellos, mediante la extensión de cobertura de los servicios de salud, que se va a entender como" ... el resultado de una oferta eficaz y sistematizada de servicios básicos<sup>+</sup> de salud, que satisfagan las necesidades de la población, se proporcionen en forma continua en lugares accesibles y de manera aceptable por la misma"<sup>18</sup>; subrayemos, ésta se basará en una"... atención primaria... destinada a satisfacer las necesidades básicas de salud de la comunidad"<sup>19</sup>.

Cabe hacer mención que en cada reunión iban aclarándose

---

16 Fassler..., op. cit. pág. 10

17 Utilización de auxiliares ..., pág. 2-3

18 Extensión de cobertura ..., op. cit., pág. 9

19 Ibid., pág. 3

+ Subrayado nuestro

más los objetivos en la medida que conocían la situación, de esta manera lo que en un principio se manejaba como meros propósitos, en las subsecuentes reuniones ya se hacían planteamientos más concretos, lo que no quiere decir tampoco que se tengan resultados tangibles, tan es así que a 20 años después de la reunión de Punta del Este se sigue reconociendo que poco de aquellos propósitos eran realizados.

c) PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD, EXTENSION DE COBERTURA Y ATENCION PRIMARIA.

Volviendo a nuestro tema, la estrategia de extensión de cobertura se lleva a cabo mediante la atención primaria y acciones de prevención; es decir se trata de extender los servicios a los grupos más amplios posible, pero que ésta no implicará un desembolso de recursos significativo para los impulsores pues, precisamente se implementaban tales acciones para enfrentarla cada vez deteriorada situación política y económica de nuestros países. Las medias estaban dirigidos hacia aquellos inmensos grupos de población que la "bonanza económica" no incorporó y sobre quienes recae todo el peso de las crisis cuando éstas sobreviven: grupos improductivos para el sistema, que no cotizan en ninguna institución, grupos sin capacidad de consumo de mercancías; para ellos tenían que buscar servicios a bajos costos para el sistema, y la solución es - - haciendo participar a los grupos involucrados en la resolución de sus propios problemas dentro del marco de desarrollo de la comunidad, de esta manera se multiplican los recursos y para allá dirigían sus acciones no sin antes dar una justificación de tal procedimiento, por ejemplo que: "los recursos humanos siguen siendo el componente fundamental para la atención integral de la salud... como condición indispensable se requiere la incorporación consciente activa y decidida de la comunidad en los programas de salud"<sup>20</sup>. Esto no puede ser de otra manera, ya que, según ellos, solo haciendo a la comunidad responsa

ble de las acciones de salud sabran apreciarlas y sostenerlas; para ello hay que educarla para que conozca los beneficios de la participación adquiriendo la motivación como impulsores de su propio desarrollo;<sup>21</sup> sus ideólogos incluso enumeran las etapas que deben seguir a fin de dejar paulatinamente toda la responsabilidad de la ejecución de los programas en manos de las comunidades. "La participación se caracterizará por etapas: - activa, consciente, responsable, deliberada, organizada y sostenida,"<sup>22</sup> para lo cual se recomienda:

- 1) La participación de la población en la organización y funcionamiento de los programas de salud.
- 2) Responsabilidad de los ministros de salud en la educación para la participación"<sup>23</sup>. Se trata de hacer "consciente" a la población de sus necesidades, destacando como prioritaria la atención de la salud a nivel primario consistente en educación para la salud, primeros - auxilios, planificación familiar (lease control de natalidad) etc.

Por el contenido de los párrafos anteriores de entrada sabemos qué tipo de conciencia van a despertar en la población, pues son ellos (los funcionarios), incluso a nivel continental quienes determinarían cuales son las necesidades de aquellas poblaciones. Ahora bien, las modalidades de la participación consistirían en la formación de comités de salud, integrada -- por voluntarios junto con las autoridades del lugar y la utilización de líderes que se detecten en la misma comunidad.

---

20 Utilización de auxiliares ..., op. cit., pág. 3

21 Extensión de cobertura ..., op. cit., pág. 10

22 Ibid., pág. 12

23 Servicios comunitarios de la salud..., op. cit., pág. 2

El término comunidad lo hemos introducido sin definirlo, pero según se extrae de la lectura de los textos aquí citados viene del concepto de antropología funcionalista, que define como comunidad a aquellos grupos de población que no se han integrado a la cultura occidental, conceptuados como grupos homogéneos, monolíticos<sup>24</sup>, sin diferenciación social y con intereses comunes. Esta consideración permite hablar de participación de la comunidad con sus autoridades, desde luego, todos juntos persiguiendo intereses comunes. Al respecto el Dr. Sanginés hace la siguiente consideración, particularizando el caso de nuestro país. " En México, dice, conocemos cuales son los tipos de autoridades municipales y locales y quienes son las gentes preponderantes en la comunidad, los terratenientes, los finqueros y los grandes comerciantes"<sup>25</sup>.

A estas alturas, ¿ podríamos dudar que éstos personajes ( OPS y ministros de salud) desconozcan nuestras realidades motivo por el cual propongan acciones como las antes descritas?. o por conocerla tan bien sus propuestas van encaminadas hacia la mediatización de las luchas populares. Nos inclinamos por lo último, las líneas siguientes confirman tal tesis.

Retomemos la disertación sobre las implicaciones del concepto de comunidad. De acuerdo a lo dicho más arriba, es la no incorporación de los grupos de población a los valores occidentales lo que los mantiene en una situación de atraso, ajenos al desarrollo; esto hace necesario llevar el desarrollo a las comunidades. Las implicaciones de esta consideración se apuntan a continuación. Francisco Gomezjara nos dice que en cada ciclo de crisis capitalista surgen programas de desarrollo de la comunidad, aparentemente para elevar las condiciones de-

24 Gomezjara, Francisco. Técnicas de desarrollo comunitario, Ed. Nueva Sociología, México 1981.p.12

25 Sanginés G. Agustín. La medicina familiar comunitaria. En Medicina, ¿para quién?. Ed. Nueva sociología. México. 19 p. 81

vida de los más explotados. Pero, dice él, objetivamente surgen cuando las colonias quieren separarse de la metrópoli, cuando el movimiento campesino se insurrecciona, cuando los países "superindustrializados" tienen exceso de capital y mercancías que necesitan enviar a los países "atrasados"<sup>26</sup>.

Entonces, el desarrollo de la comunidad surge y responde a los intereses imperialistas, aunque se revista con ropaje popular y hasta democrático. En el caso de nuestro objeto de estudio, se trata de utilizar las técnicas de desarrollo de la comunidad para la extensión de cobertura de los servicios de salud, a esta acción se le va a conocer como medicina comunitaria (MC), es evidente, de los planteamientos iniciales a éstos últimos hallamos una gran distancia en cuanto a concreción de los mismos; sin embargo no todo marcha "viento en popa" como se esperaba inicialmente; ya muy entrada la década de los 70, se seguía reconociendo que los objetivos planteados en años anteriores no se habían alcanzado y se le atribuía a la falta de personal capacitado para la MC, además los gobiernos no tenían una política para redistribuir a los profesionales de la salud, según ellos, hay más médicos especialistas que médicos generales, que las mismas instituciones de salud estimulan a los especialistas con becas al extranjero, asistencia de congresos, mientras que parece que el médico general no tiene ninguna necesidad, incluso los hospitales mismos propician aun sin proponerselo, dicen, que los estudiantes aspiren o se hagan una imagen de los especialistas, cuando asisten a estos centros cuyos ingresos no representan a la población de los enfermos en general para realizar sus prácticas. "Los estudiantes que se adiestran en estos hospitales no tienen oportunidad de familiarizarse con los casos comunes y

---

26 Gomezjara, Francisco. Técnicas de desarrollo..., op cit. p.7-8

frecuentes sino que se adiestran para atender a los casos -- complicados y "raros" apelando al uso de equipo e instrumentos altamente sofisticados"<sup>27</sup>.

Ahora ya se aclara más la idea que ellos plantean, la medicina dirigida a los grandes grupos es la medicina general, concretamente, la medicina comunitaria, dirigida a las "comunidades marginadas" son la solución a sus problemas de salud. Pero se topan con un problema, no avanzan los programas y la explicación es la falta de personal capacitado y dispuesto a desempeñar tal función, situación que es atribuible a las escuelas e instituciones de salud. La preocupación en las escuelas y facultades debía ser preparar un tipo de médico general con formación humanista e integral con capacidad de dirigir al equipo de salud y constituirse en líder de la comunidad en donde trabaje<sup>28</sup>. Hay otro problema aun, la utilización de los profesionales no se aprovecha óptimamente"... estudios que se han realizado, demuestran que no siempre son bien utilizadas sus capacidades, que buena parte de su tiempo lo dedica a labores que podría ejecutar un personal con menor calificación"<sup>29</sup>. Por tanto se debe contemplar la capacitación de técnicos a nivel medio y de la participación de la comunidad en la presentación de los servicios de salud que redundaría en la baja de estos; evidentemente ésto no se había logrado y gran parte es atribuible a la falta de coordinación entre las instituciones tanto educativas como las Prestadoras de servicios.

d) COORDINACION DE LAS INSTITUCIONES FORMATIVAS Y APLICATIVAS.

Aquí se apela a una instancia que no ha existido entre-

---

27 Campos Rey de Castro, Jorge. La situación de la salud y la enseñanza de la medicina en A.L.. En rev. Educación médica y salud.

28 Ibid., pág. 241.

29 Desarrollo de recursos humanos para la salud, REv, de la OPS pág. 299'

las instituciones proveedora de servicios e instituciones formadoras del personal para esos servicios, coordinación; las relaciones entre estos dos sectores son incoherentes y dis-coordinadas decía el Dr. Jorge Campos Rey de la Universidad Mayor de San Marcos de Lima, Perú en la XI Conferencia de la UDUAL ( Unión de Universidades de América Latina) en Puebla, en 1979; y es que desde tiempo atrás se había empezado a manifestar la necesidad de tal coordinación. En igual sentido se manifiesta el Dr. Jorge Andrade, profesor de la Universidad Central de Venezuela y funcionario de la OPS, en su artículo Problemas y perspectivas de la planificación de los recursos humanos para la salud en A.L. " A pesar de todas las valiosas iniciativas y de los esfuerzos..., hasta el momento no sabemos de un país de latinoamérica que haya logrado preparar y poner ejecución un plan de desarrollo de recursos humanos (RH) integrado a su plan general de salud"<sup>30</sup>.

¿y cómo plantean dicha coordinación?. Debe darse, dicen, a partir de una política" ... debe ser diseñada simultánea y armónicamente con la política nacional de desarrollo industrial y agrícola, como asimismo, con la política educacional, social(sic) y laboral"<sup>31</sup>. En este documento que estamos citando se empieza a enfatizar el papel de las facultades y escuelas de medicina dentro de tal coordinación, según el mismo, se requiere de la formulación y ejecución de una política de salud mediante la participación de los ministerios de salud, instituciones de seguridad social, instituciones de asistencia y escuelas y facultades de medicina; para ello se requiere regionalizar los servicios, integrar los programas de salud, etc.

Por ser un punto de interés para el presente trabajo re producimos punto por punto las "recomendaciones" que se hacen-

---

30 Andrade, Jorge . Problemas y perspectivas de la planificación de R.H. en América Latina. Rev. de la OPS p, 48.

31 Coordinación de la atención médica. Informa final, OPS-OEA p. 4

a nuestros países.

1. Promoción de un mayor acercamiento entre ministros de salud y responsables de las facultades. y escuelas de medicina.
2. Desarrollo del estudio de recursos humanos, analizando la demanda cualitativa para definir las funciones que se vaya a desempeñar.
3. Delineación adecuada de los objetivos de enseñanza, sobre la base de los estudios referidos, estableciéndose el contenido de los programas de estudio y la metodología que deberá seguir.
4. Análisis de los sistemas adoptados por las instituciones gubernamentales y de seguridad social y establecimiento de requisitos mínimos para la participación en los programas docentes.
5. Acreditación de los servicios hospitalarios y centros de salud para el adiestramiento docente"<sup>32</sup>.

La autonomía universitaria se ha desvirtuado, dice Campos Rey, y las universidades se han desvinculado de la "administración política". Esta situación ha producido un divorcio entre las instituciones formadoras de profesionales de salud y las que administran la infraestructura de la salud, lo que ha impedido diseñar coordinadamente una política de salud"<sup>33</sup>.

Objetivamente, se acaba la independencia de aquella universidad liberal que, en el caso de la UNAM nos habla Guevara Niebla en su documento Concepto y filosofía de la enseñanza modular<sup>34</sup>. Se trata ahora de que las facultades de medicina se ciñan estrechamente a las políticas del Estado, a ésto volveremos más adelante.

---

32 Ibid. pág. 12

33 Campos Rey., op. cit. pág. 249

34 Véase "Enseñanza Modular. UFREA, ENEP-Zaragoza, pág. 5-17.

e) LA PLANIFICACION DE LOS RECURSOS HUMANOS Y LAS UNIVERSIDADES.

Por lo que toca a la coordinación, ya se dijo que tanto - instituciones de atención, ministerios y facultades deben vincularse a una política del Estado, pero... hay necesidad de ir más allá, de concretizar más, pues bien vistas las cosas, es - tan aun a medio camino; de aquí surge entonces el planteamiento de planificar el sector, de decir cuánto de recursos se necesita, qué tipo, a qué plazos, cómo se van a distribuir, etc. La idea se configura, dice un documento de la OPS, con el inicio de la planificación en los países socialistas. "Conjuntamente se presenta la idea de que estas transformaciones se logran a un bajo costo social, en contraposición con el alto costo del cambio cuando éste se logra sin ejercer el control"<sup>35</sup>.

Lo que se busca entonces es ejercer un control sobre la - prestación de los servicios, que va desde la coordinación de - las instituciones, hasta la calidad de los servicios, y poniendo más énfasis en la formación de los profesionales para la salud, considerando dentro de lo que ellos denominan recursos humanos (RH) en salud; para tal fin recomiendan:

1. Promover el desarrollo de programas nacionales de planificación de RH de salud integrados a la planificación nacional de salud.
2. Hacer un esfuerzo por planificar los RH a un plazo largo para homogeneizarlos con la planificación de la salud.
3. Establecer a nivel del ministerio de salud, unidades de - RH que sean el resultado de una decisión política de abordar el problema y que se doten de personal adiestrado en planificación en salud.

35 Servicios comunitarios..., op. cit. pág. 3

36 Conferencia panamericana sobre planificación de RH en salud. pág. 1

4. Que el liderazgo lo debe ejercer el sector público. En normas que permitan al subsector público actuar en el registro del personal de salud, la acreditación de ser vicios, las normas de ejercicio y ética profesional y las condiciones de trabajo de los trabajadores de sa - lud",<sup>36</sup>

Lógicamente que la formación de médicos se incluye dentro del concepto de formación de recursos humanos en salud, - aunque hay referencias particulares al respecto, la cita si -- guiente van en ese sentido, " ... la formación de médicos debe ser concebida como un proceso sistemático orientado a objeti - vos precisos, como parte inseparable de cualquier programa de salud y, por tanto ser objeto de una planificación cuidadosa"<sup>37</sup>

Hagamos una pequeña recapitulación, la planificación de la salud implica " meter en cintura" a todas las instituciones involucradas para la extensión de cobertura de los servicios - de salud, poniendo mayor énfasis en la formación de los profesio - nales y concretamente en la formación de médicos; las insti - tuciones encargadas de formar a éstos son las universidades, y para ellas el organismo panamericano también tiene "recomenda - ciones" respecto a su responsabilidad como institución pública, respecto al perfil de los profesionales a formar, ámbito de -- formación, etc.

En el documento sobre servicios comunitarios y de la sa - lud, se señala que, la adquisición de los conocimientos es mi - sión de la investigación; su transmisión es misión de la do -- cencia y su aplicación es la misión del servicio, y agrega. "En la aplicación de estos principios se consideran las activi

---

36 Conferencia panamericana sobre planificación de RH en salud. pág. 1

37 Andrade, Jorge. Problemas y perspectivas...., op.cit., pág. 47

dades de la universidad como agentes de cambio, y el cumplimiento de su importante función como factor de desarrollo...

"Lo que llaman programas de extensión universitaria han sido considerados por lo tanto, como un servicio al público que la universidad debe a la sociedad que la mantiene, lógicamente con estricto apego a las necesidades de la comunidad"<sup>38</sup>.

Efectivamente, la responsabilidad de las universidades es clave en este engranaje, "es agente de cambio y factor de desarrollo", dicen, y esto lo hará mediante la investigación, la docencia y el servicio.

Ahora veamos qué características deben tener los profesionales que la universidad forma:

En primer lugar deben ser médicos generales.

Con conocimiento preciso de los problemas de salud de su país y de los recursos con que se cuenta para solucionar dichos problemas.

Con clara orientación hacia la salud pública y la medicina preventiva.

Preparación para abordar los problemas de una población en desarrollo.

Susceptibilidad de incorporarse a la medicina institucional y capacidad de trabajar en equipo con profesionales ajenos a la medicina.

Tener condiciones de líder para organizar a los miembros de la comunidad en beneficio de una "salud positiva"<sup>39</sup>.

En otro documento se agrega que dentro de la formación-

---

38 Servicios comunitarios y de la salud..., op. cit., pág. 11

39 Coordinación de la atención..., op. cit., pág. 12

comunitaria se trata de que el médico vea al paciente como miembro de la familia y no aislado de su contexto, considere las medidas preventivas como parte integrante de la PM, aprendiendo a tomar parte en el mantenimiento de la salud mediante consejos a la familia, la ampliación de los procesos específicos de inmunización y la práctica de exámenes de salud<sup>40</sup>.

Las "recomendaciones" hechas a las universidades implican una reorientación en sus planes y programas hacia la formación de médicos inclinados hacia las necesidades de los grandes grupos de población, la intención es superar la formación liberal sustentada en la medicina clínica, con fuerte tendencia hacia la especialización ligado a la idea de los "grandes galenos". Según ellos, ahora de lo que se trata es de que las universidades respondan a los llamados de la sociedad por intermedio del Estado. En este sentido se tenía que considerar el ámbito de práctica de los estudiantes, pues .. "El concepto tradicional de hospital universitario como centro de enseñanza y de alta investigación científica ha sido sobrepasado por las exigencias de un proceso docente acelerado y por la necesidad de proyectar sus servicios hacia problemas sociales que tienen su expresión en Antropología cultural, las ciencias de la conducta y la organización de la comunidad."<sup>41</sup>.

La cita anterior alude al patrón tradicional de la enseñanza de la medicina que incorpora los hospitales a las escuelas de medicina como ámbito de práctica, patrón diseminado desde Los Estados Unidos. El Dr. Jorge Andrade refiere que, "... a partir de 1910, las escuelas de medicina de los Estados Unidos sufrieron una importante transformación en su proceso do-

---

40 Servicios comunitarios..., op cit. pág. 12

41 Coordinación de la atención..., op. cit. pág. 9

cente y en su organización. Los cambios tuvieron como base el muy conocido informe Flexner y consistieron sustancialmente en la adscripción de las escuelas de medicina a las universidades, la creación de departamentos, la individualización y el desarrollo creciente de la enseñanza y la investigación de las ciencias básicas y la incorporación del hospital a las escuelas de medicina para ser utilizados como campo fundamental del adiestramiento clínico"<sup>42</sup>. Patrón que se adoptó casi sin cuestionamientos en toda América Latina.

Según la OPS, se trata de rebasar ese patrón con la reorientación hacia la medicina comunitaria, ahora el ámbito de la práctica sería la comunidad misma como lo señala la siguiente cita. "Otro enfoque fué el concepto de comunidad como laboratorio, cuya filosofía consiste en que el estudiante debe aprender a ver la salud de la comunidad y hacer que el estudiante debe aprender a ver la salud de la comunidad y hacer el diagnóstico apropiado de ella en la misma forma que, viendo los problemas de salud de un paciente, hace su diagnóstico"<sup>43</sup>. Ya se encargaran algunos personajes de la OPS misma de reprochar el exceso de considerar a la comunidad como laboratorio, aduciendo que ésta la componen entes activos, pensantes y con una visión de su mundo.<sup>44</sup>

Ya más adelante mencionamos que para poder penetrar en la comunidad, los profesionales deben tener la condición de líderes; y para adquirir esta condición se requiere de incorporar una serie de disciplinas a su curriculum, tales como: "las ciencias de la conducta y las ciencias sociales". Por otro lado, las recomendaciones implicaban una total reorientación de los planes de estudio, como se manifiesta en los documentos, no se trata de agregar una serie de modalidades, orienta

42 Andrade, Jorge, Marco conceptual., op. cit. Vol. 12, No. 2 1978. p. 150

43 Servicios comunitarios., op. cit. pág. 12

44 Aspectos teóricos de la comunidad..., op. cit. pág. 13

+ Término utilizado en Aspectos teóricos de la comunidad.

ciones ni disciplinas distintas a los planes tradicionales de estudio; si se quiere obtener resultados tangibles hay que revisar el sistema de enseñanza. En este sentido apunta el siguiente texto. "Las instituciones encargadas de la formación de personal de la salud tienden a basar su enseñanza en sistemas inveterados, con detrimento de los beneficios que podrían obtener de los adelantos logrados en el campo de la educación, pero agrega, hay sin embargo claras señales de cambio, evidentes en el creciente interés de los profesores por mejorar sus procedimientos y sistemas y por incorporar a sus cátedras los métodos y los instrumentos de la pedagogía moderna"<sup>45</sup>

En el 3.5 de "Recomendaciones" de la primera reunión -- sobre " Principios básicos para el desarrollo de la educación médica en América Latina y el Caribe", de la OPS, menciona que se deben aprovechar la creación de nuevas escuelas o la descentralización de las ya existentes para "introducir modelos innovadores de educación médica que contribuyan a superar eventuales deficiencias del modelo preexistente".

Se apela también a la creación de unidades encargadas - de promover la investigación en el campo de la educación y de poner a la disposición de los departamentos y cátedras de información actualizada sobre los métodos modernos de comunicación, sobre la preparación de sistemas de evaluación, etc. <sup>46</sup>

El párrafo anterior trae a la mente la idea del CLATES (Centro Latinoamericano de tecnología educacional para la -- salud), ubicada en la Ciudad de México, cuya función es capa - citar y acutalizar a los docentes en el área de la salud en - las técnicas novedosas para su enseñanza ( dinámica de grupo,

45 Desarrollo de RH para la salud..., op. cit., p;ag. 304

46 Ibidem

estadísticas aplicadas al área de la salud, técnicas de evaluación, etc.), dentro del enfoque de la tecnología educativa (corriente norteamericana basada en la psicología conductista.) Veremos más adelante el papel activo que el CLATES desempeña en la organización de la enseñanza modular en algunas escuelas.

Estos son algunos rasgos fundamentales de las políticas de la OPS, que veremos en otro capítulo posterior plasmarse en las estrategias y planes de estudio de las escuelas a analizar.

## CAPITULO III

### LA PLANIFICACION DE LA SALUD EN MEXICO

#### a) ANTECEDENTES DE LA MEDICINA COMUNITARIA EN MEXICO.

Observamos en el capítulo anterior cada una de las propuestas hechas por la OPS en materia de salud para ser llevados a cabo en los países signatarios de las frecuentes reuniones que realizan a lo largo de las décadas 60 y 70. Nuestro país asistió periódicamente a las reuniones organizadas por el organismo panamericano de la salud, ha sido signatario de los acuerdos tomados; ésto significa entonces que se compromete a impulsarlos en lo interno; lo cual no quiere decir que los cumpla al pié de la letra, ni que al cabo de determinado tiempo se tengan resultados tangibles. Hemos de decir que, de por sí, esas recomendaciones no arrojarían resultados favorables cuando se trata de países capitalistas, por ejemplo establecer metas de salud en un país con desigualdades determinadas por el modo de producción, que no se corrigen con simples políticas, sino que requiere de una transformación estructural; o el planeamiento de planificar el sector, en países donde impera la ley de la oferta y la demanda.

En este capítulo intentamos hacer una correlación entre aquellas "recomendaciones" y las políticas que en materia de salud se han adoptado en nuestro país a lo largo del período estudiado (1960-1970). En ausencia de otro tipo de documentos, revisaremos los oficiales, justamente donde se encuentran las disposiciones gubernamentales, donde se plantea en el plano declarativo los problemas y las acciones tendientes a resolverlos, lo que no garantiza obviamente su consecución, crítica que siempre estará presente cuando se quiera hacer un análisis serio del tema. Empero para los fines de este trabajo es suficiente analizar los documentos oficiales.

Planificación en salud, desarrollo y participación de la comunidad, extensión de cobertura, coordinación de las instituciones de salud, planificación de recursos humanos, son los objetivos que trataremos de hallar en las políticas de salud de los gobiernos mexicanos. Habría que notar que en el discurso de estos gobiernos se omite el término de planificación por el de planeación.

La planeación en materia de salud data desde décadas atrás, los que varían son sus fines y sus características.

En la época postrevolucionaria, para ser exactos, en el período cardenista se expide el primer programa de salud, dentro del marco del plan sexenal (1934-1940) cuyos objetivos fueron: la iniciación del aprovisionamiento de agua potable a las comunidades, impulsó la higiene materno infantil y la nutrición popular, dirigida principalmente a los campesinos; la modalidad en que se llevó a cabo fué mediante la cooperación de estos últimos aportando un 8% del costo de las obras, por ello se le denominó servicios rurales cooperativos que evolucionó después a "Higiene y medicina social"<sup>1</sup>. En este período se aumentó realmente el presupuesto para el sector, que subió del 3.4% del total de la inversión en 1934, el 6.4% en 1940. Todo ésto dentro de la política de masas del cardenismo.

El segundo plan sexenal ( 1940-1946, período avila-camachista) tiene ya una clara reorientación hacia las necesidades de transnacionalización de la economía de nuestro país; de claraba por ejemplo..."... que perseguiría aumentar la fuerza de trabajo disponible mediante el mejoramiento de las condiciones sanitarias de la colectividad... que buscaría crear un clima de confianza en el exterior, para lo cual extremaría las medidas sanitarias adecuadas para favorecer las corrientes de tu--

1 Bustamante E., Miguel. La salud pública en México (1959-1982) SSA, México, 1982. p. 66-67.

rismo y el comercio internacional de mercancías"<sup>2</sup>. Las anteriores son las que se conocen como sanitarismo. La política sanitaria seguida por el siguiente período presidencial sigue siendo las mismas que en el período anterior, aunque no hubo un plan formal de salud., además de que las tendencias se inclinaron hacia la racionalización de "las inversiones en desarrollo social y concentrarlas hacia el sector más productivo ...; el rezago de las políticas de bienestar se agudizó"<sup>3</sup>.

Del 53 al 58 se creó el programa nacional de inversiones dependiente del ejecutivo federal, incluyendo acciones que más se aproximan a la salud pública, pues en uno de sus renglones incluía presupuesto para "obras de agua y saneamiento, habitaciones populares, mercados, rastros, hospitales, escuelas y pavimentación"<sup>4</sup>.

A partir de 1959 es que empezamos a "bisar terreno conocido", se empieza a hablar de desarrollo de la comunidad para impulsar el bienestar de las comunidades, de educación para las mismas a fin de que conozcan los beneficios del desarrollo. Por lo que notaremos a lo largo de este capítulo el manejo de estas consignas es constante, lo que habremos de distinguir es que adquieren connotaciones y utilidades distintas. En este mismo año se crea la Dirección general de servicios de salud pública en Estados y territorios y bajo su cobertura se crean los departamentos de medicina preventiva en las escuelas de medicina del país. En cuanto a las acciones directas. 'La salud pública de las comunidades rurales se benefició bajo la influencia del programa de bienestar social rural tendiente a mejorar la habitación de la casa, etc.. En las comunidades rurales se establecen 16 patronatos para la construcción o funcionamiento de sanitarios rurales, 178 jardines de niños, desayu-

2 López Acuña, Daniel. La salud desigual en México, México, 1981. Ed. Siglo XXI, p. 216.

3 Ibid., pág. 218

4 Ibidem

nadores infantiles, comités de bienestar escolar y ejércitos infantiles para la salud.

Comunalmente se fomentó la construcción de parques, jardines, rastros y mercados, eliminación de basura, cuidado de agua entubada y protección de los manantiales"<sup>5</sup>.

Por lo que vemos el concepto de desarrollo de la comunidad incluye una amplia gama de acciones, que van desde el fomento de las actividades hasta proporcionar parte del material para tales actividades. La visión sobre tal empresa lo podemos constatar en la siguiente cita: "... es en el medio rural donde la ecuación salud-nivel de vida se liga más intensamente. Una gran parte de las enfermedades que atacan a la población tiene su origen en el bajísimo nivel de vida de las comunidades, y sus posibilidades de erradicación o disminución están indisolublemente ligadas al desarrollo de las comunidades, no es un aspecto parcial, sino en todos los aspectos que integran la vida diaria de su habitantes"<sup>6</sup>. Agregan que el desarrollo no puede ser obra exclusiva de autoridad de ningún tipo, sin la participación de los miembros de la comunidad; son más consistentes y duraderos, dicen, los resultados de las acciones cuando se toman en cuenta las iniciativas y aprovechan los recursos de la comunidad<sup>7</sup>. Desde luego, aquí no se pasa por alto la educación, la educación en higiene para que adquieran hábitos benéficos al respecto<sup>8</sup>. Esto es paralelo a la sensibilización para que sepan y puedan aprovechar los beneficios del "desarrollo".

Encontramos además en estos documentos la importancia -

---

5 La salud pública en..., op. cit. pág. 110

6 Ibid., pág. 109

7 Ibid., pág.

8 Ibid., pág. 110

que se le empieza a dar a la formación de los profesionales de la salud, así tenemos que en 1959 se constituyó el comité de asistencia técnica y becas integradas por funcionarios de la SSA y representantes de organismos internacionales. ( hallamos aquí las huellas de la OPS para otorgar becas a ciudadanos de los diferentes países en la formación médico-social).<sup>9</sup>

Constatamos que parte del discurso de la OPS ya se empieza a incorporar en el discurso del gobierno mexicano.

Durante el sexenio 1964-70 encontramos dos hechos que nos parecen importantes, a saber:

- a) Se incorpore el término coordinación en el sector salud, por medio de un decreto publicado en el diario oficial el 2 de marzo de 1965 determinó que " las actividades que realicen las secretarías y departamentos de Estado, los organismos descentralizados y las empresas propiedad del gobierno federal en materia de salud pública, asistencia y seguridad social, se coordinen con el propósito de evitar innecesarias duplicaciones en el ejercicio de sus atribuciones..., aprovechando íntegramente los recursos disponibles, y que los recursos destinados al sector público a las actividades sanitarias asistenciales y de seguridad, se aprovechen plenamente y con la correcta planeación de sus actividades..." Se menciona que como resultado de tales disposiciones se logró la coordinación en la campaña de vacunación en ese año, la construcción de clínicas y hospitales, se crearon comités como el de estadística para las

---

9 Ibid., pág. 220

instituciones de salud y el de educación profesional en el que participan la UNAM y el IPN.<sup>10</sup>

- b) Y a través de aquella coordinación se logró que 1689 pasantes de medicina en la UNAM y el IPN y de 166 universidades del interior prestaran su servicio social incluso en algunos centros de salud que no habían tenido pasantes, gracias a que además el lapso del servicio social se amplió de 6 meses a un año.<sup>11</sup>

Otras acciones que se emprendieron en el mismo sexenio, son: ampliación de la red de agua potable, en los programas de desarrollo de la comunidad se integraron raciones alimenticias familiares como aporte a las comunidades que ejecutaron obras por cooperación.

- b) EL PLAN NACIONAL DE SALUD ( 1974-1983).

Lo más destacado del gobierno en el período 70-76 fue la implantación del plan decenal de salud, recomendado por la OPS en la reunión de ministros de salud en Santiago de Chile de 1972,

En julio de 1973 se celebra la primera convención nacional de salud a instancias de la presidencia de la república en la cual participaron las instituciones del sector salud, -- gobiernos estatales, municipales, instituciones de enseñanza superior, estudiantes y organizaciones de trabajadores. En esta reunión se delinearon las bases y estrategias para la formulación del plan decenal conocido como Plan Nacional de Salud (PNS) de 1974 a 1983. Sus objetivos fueron: extensión de cober

---

10 Ibid.,

11 Ibid., pág. 273

tura de los servicios de salud a toda la república, "crear - las circunstancias propicias para la salud", incorporar a las poblaciones con sus propias organizaciones al desarrollo de - los programas de salud, coordinar las acciones de las institu - ciones de salud, crear condiciones para mejorar la calidad de vida de los mexicanos<sup>12</sup>.

En el año de 1974 se expide el plan, integrando las polí - ticas y programas de todas las instituciones públicas, for - mulando metas para los años de 1976 y 1983<sup>13</sup>. El mismo estuvo compuesto por 20 programas y 56 subprogramas.

Mencionaremos las que consideramos de mayor importan - cia para nuestros fines; cabrían destacar que la mayoría de - estos programas no pierden la oportunidad de apoyarse en la - medicina preventiva, la educación para la salud y la partici - pación de la comunidad, a tal grado que estos dos últimos ru - bros son objeto de los dos primeros programas del plan, así - tenemos que el primero consiste en el programa de "servicio social voluntario en el desarrollo de la comunidad", definiend - dolo como la acción voluntaria de los miembros de la comuni - dad para beneficio de ésta sin recibir remuneración alguna; - señala que el desarrollo de la comunidad es un proceso eminen - temente educativo y de organización<sup>14</sup>, y para educar y organi - zar a las comunidades el Estado se adjudica tal responsabili - dad. Argumenta que la participación de los grupos organizados ( organizados por el Estado)"... permite multiplicar las acci - nes, tanto en cobertura como en calidad, pues dadas las carac - terísticas y tendencias actuales de los programas médico-sani - tarios el hombre no debe ser sólo objeto pasivo sino sujeto -- activo en la lucha por su bienestar"<sup>15</sup>.

12 Ibid. pág. 305

13 López Acuña ..., op. cit., pág. 221

14 Plan Nacional de salud. 1974-1976, 1977-1983. Vol. III. SSA México, 1974. p. 35

15 Ibid.

Entre los objetivos del programa está el promover la organización de la población para las acciones de salud, est ab le c e r comités de salud y servicio social voluntario en las comuni dades, capacitar a estos comités para que apoyen los programas de salud; el mismo programa contiene normas de organización y funcionamiento de los comités de salud.

El siguiente programa que consideramos de importancia, es el tercero en el plan, se refiere a la educación para la salud, educación de la comunidad para conservar y fomentar la salud, prevenir las enfermedades, atender oportuna y adecuadamente sus problemas de salud, etc. Se hace hincapié en que la educación debe estar dirigida a la familia, pues ésta es la instancia más eficaz para transmitirla a todos los miembros de la comunidad; dice que los mexicanos no tienen la educación suficiente para provechar los recursos a su alcance, como la prevención de las enfermedades, el fomento a la salud y los servicios que ofrece el Estado.

Otro programa que nos merece atención es el referente a la salud materno infantil y planificación familiar dividido en tres subprogramas: salud materna, salud infantil y un subprograma de planificación familiar.

El penúltimo programa del plan se refiere a la " Formación y desarrollo de recursos humanos en salud". Plantea la ne cesidad de un cambio radical en la estrategia seguida... para contar con los recursos humanos que se requieren para resolver nuestros problemas de salud"<sup>17</sup>. Agrega que formar el personal, establecer un sistema de servicios de salud y organizar a la comunidad deben ser acciones paralelas. Reconoce la despropor ción que hay entre el número de médicos y el resto de profesio nales y técnicos de la salud, mencionando que el número de ingresos en las escuelas de medicina aumenta enormemente cada año. Plantea que ya no es razonable formar profesionales libe-  
16 Ibid., pág. 513

rales ( en alusión a los médicos), cuando la cobertura de los servicios de salud es limitada, por tanto hay necesidad de formar personal que se incorpore al sistema nacional de salud, preparado de tal manera que satisfaga las necesidades de las instituciones como de la comunidad donde habrá de actuar.<sup>17</sup> --  
Agrega. "Para hacer extensivo a la población rural los beneficios de que ya disfruta la población urbana, es recomendable proponer la creación de un nuevo equipo encabezado por el médico comunitario y secundado por enfermeras, técnicos multidisciplinarios en salud, promotores voluntarios y elementos empíricos, previamente capacitados, que existen en las comunidades<sup>+</sup>; así como pasantes de servicio social de todas las disciplinas de la salud"<sup>18</sup>. Continúa diciendo que se trata ahora de dar prioridad a la formación de equipos humanos aptos para el ejercicio social de las disciplinas de la salud. Para ello se requiere la coordinación formal y permanente entre las instituciones de salud y las de enseñanza, que para elaborar un programa docente se tenga conocimiento de las necesidades que se van a satisfacer.

Como objetivo se plantea equilibrar el número y el tipo de personal con la demanda de las instituciones de salud, así como de las características de las comunidades en donde éstos actuen<sup>19</sup>. Propone realizar programas de capacitación de personal de salud de acuerdo a los requerimientos de los programas del PNS." Que en cada institución de salud exista un órgano en cargo de la planificación y desarrollo de los recursos humanos.<sup>20</sup>

Indudablemente, el PNS es la respuesta del gobierno de México a las demandas de la OPS, recogimos de éste plan los puntos que estaban latentes y que eran explícitos en las continuas reuniones del organismo internacional.

<sup>17</sup> Ibid., pág. 514

<sup>18</sup> Ibid., pág. 515

<sup>19</sup> Ibid., pág. 517

<sup>2</sup> Ibid., pág. 519

+ Subrayado nuestro

## CAPITULO IV

### LA REFORMA UNIVERSITARIA EN MEXICO

#### a) PERIODO DE 1970-1972

El presente capítulo abordará la reforma universitaria a partir del rectorado del Dr. Pablo González Casanova, debido a que es a partir de entonces que se hacen una serie de -- planteamientos concretos y se dan pasos serios para cambiar a una universidad que hasta en ese momento se mostraba incapáz de enfrentar los retos que la realidad nacional le planteaba. Lo anterior es un tema obligado para cualquier estudio serio sobre la reforma universitaria, dado que dichos planteamientos marcan profundamente el desarrollo posterior de la educación superior en México.

La necesidad de una reforma de la universidad ya se venía contemplando desde el inicio de la década de los 60, así lo encontramos en las disertaciones públicas de los rectores anteriores a González Casanova<sup>1</sup>, pero es él a quien le toca encarar el problema y hacer propuestas concretas. De una manera esquemática se pueden agrupar los factores que obligan a una reforma universitaria en 3 rubros, a saber:

1. El factor demográfico: crecimiento de la población capitalina, principalmente por la inmigración del interior del país.
2. El factor académico: Referente a la capacidad de la universidad de actualizarse en los nuevos métodos de prepa

---

1 Véase Bartolucci, Jorge, Et. Al. El colegio de ciencias y humanidades ANUIES, México, 1983. p. 39-60.

ración y formación de profesionales y de estar al día en el mundo de la ciencia y la tecnología, más aun, en nuestros países "subdesarrollados" son las universidades las responsables de proveer a la sociedad de los instrumentos para su independencia científica y tecnológica.

3. El factor social. La diferenciación social en el seno de la sociedad mexicana derivadas del tipo de desarrollo del país, propicia el aumento del número de aspirantes a la universidad, de quienes ven en ella como vehículo de movilidad social; factor que hace crisis en 1966<sup>2</sup>.

Para los fines expositivos, aunque con el riesgo de caer en el esquematismo, también agruparemos las propuestas de González Casanova en tres rubros:

1. Reforma académica
2. Reforma del gobierno universitario
3. Reforma de la difusión política y cultural

De los factores mencionados más arriba los dos primeros venían siendo considerados como problemas delicados, por ejemplo, cómo aumentar las matrículas sin deteriorar la calidad académica y aun buscando elevar y actualizar el nivel académico de la universidad; esta preocupación la encontramos en los rectores que precedieron a González Casanova dándole diversas salidas; una de ellas hace crisis en 1966, la de las limitaciones de ingreso a la UNAM. Por su naturaleza esta situación había que encararla con mucha imaginación y visión respecto al futuro del país, requería de la búsqueda de métodos nuevos no contemplados hasta ese momento, es decir, requería de verdaderas innovaciones y el proyecto de González Casanova tiene ese carácter.

---

2. Bartolucci, Jorge..., op. cit. pág. 39-54.

Ya en su discurso de toma de posesión alude el problema de esta manera". ¿ Y para alcanzar estos objetivos vamos a pensar necesariamente en mantener sin cambiar las aulas y los recursos, o en aumentar las aulas, aumentar los recursos e idear nuevas formas de utilizarlos, nuevas combinaciones que nos permitan enseñar a muchos y enseñar a alto nivel?

" Muchos métodos hay para enseñar a grandes números de estudiantes y debemos estudiar la forma de implantarlos y debemos implantarlos..."<sup>3</sup>

¿ En qué consisten las propuestas de reforma académica? Es menester mencionarlos aunque sea someramente.

Su principal preocupación se centraba en la situación de la enseñanza de las disciplinas y como consecuencia la preparación de los profesionales; sostiene que la agrupación impropia de las materias responde a un tipo de división del trabajo que data del siglo XIX, actualmente la división del trabajo intelectual, dice, requiere de un reagrupamiento que rompa con aquella, las especialidades del presente y del futuro requieren la cooperación de áreas de conocimiento diversos y den lugar al llamado trabajo interdisciplinario. Igualmente hace mención de la separación entre profesor e investigador, propiciando que la enseñanza consista únicamente en la transmisión de los resultados de la investigación. Señala la separación entre teoría y práctica, entre trabajo manual e intelectual, entre trabajo teórico y trabajo técnico, etc.

Refiere que la enseñanza de las actividades se llevan a cabo con independencia de su marco teórico impidiendo así la -

---

3. González Casanova, Pablo. Discurso de toma de posesión. Mayo 2 de 1970. En Pablo González Casanova. Centro de estudios sobre la universidad, UNAM. México. 1983.p.41

visión general del campo, tampoco permite al estudiante adquirir sus propios instrumentos para allegarse nuevos conocimientos;<sup>4</sup>

¿Ahora bien, cuáles serán las soluciones a estos grandes problemas?

En las diversas intervenciones del rector encontramos las propuestas; como aquella en donde se refiere que superar el enciclopedismo mediante el abordaje interdisciplinario de la enseñanza, conjugando las matemáticas y el español, el método científico experimental con el método histórico-social.<sup>5</sup> Propone para la formación de los profesionales una base sólida tanto de contenidos científicos como de las histórico-sociales y de las humanidades en los ciclos medios para que los estudiantes estén preparados para optar por cualquier campo del conocimiento en los ciclos superiores, optar por cualquier especialidad, cambiar de especialidad incluso, requerimiento de nuestro tiempo. "Sobre la base de una cultura común, actualizada con los grandes descubrimientos de técnicas y áreas de estudio se añadirá una serie de combinaciones interdisciplinarias. "... que requieren aligerar nuestros currícula, fijos, rígidos-aún, y permitir al estudiante el que aparte de los planes generales de estudio pueda seguir una infinidad de planes particulares interdisciplinarios de acuerdo con las necesidades del trabajo científico y técnico, con infinitas combinaciones de lenguajes, métodos y especialidades..."<sup>6</sup>.

Por otro lado, según él mismo, no basta que se enseñen los resultados de las investigaciones, "la cultura superior exige más y más un conocimiento de los métodos de investiga---

4 González Casanova, Pablo. Discurso en la Asamblea general de la ANUIES-Villahermosa, Tabasco. En P o González Casanova... op.cit.pág. 86.

5 Bartolucci..., op. cit., pág.XIX.

6 González Casanova, Pablo. La universidad y el sistema nacional de enseñanza., op. cit. pág. 53.

ción y análisis, y a investigar sólo se aprende investigando"<sup>7</sup>. Ello en virtud de que la investigación garantiza la renovación constante del conocimiento, para lo cual había que darle "una importancia sin precedentes a la investigación, lo que obligará a reestructurar a la universidad haciendo en ella... una verdadera revolución educativa,... concediendo a la investigación y a las instituciones de investigación un peso mucho mayor en el cuadro de la universidad..., lo cual implicará la creación de grandes institutos de investigación con sus distintos departamentos, secciones y programas a los cuales siempre quede adscrito el estudiante investigador"<sup>8</sup>.

En cuanto al problema de la relación teoría-práctica, -- propone la vinculación de las escuelas con los centros de producción y hospitales a fin de que los estudiantes asistan a -- realizar sus prácticas; establecer convenios con las empresas-públicas o crear centros ad hoc autofinanciables.

Propone la búsqueda de nuevas formas para la admisión -- de un número mayor de jóvenes, darle alternativas a aquella juventud"... que se siente rechazada, inconforme, incluso angustiada con su futuro individual y con las posibilidades de un catástrofe nuclear o de un cambio a la vez doloroso y necesario de las estructuras sociales"<sup>9</sup>. Una de las formas para darle salida a tal problema es la creación de la universidad -- abierta, llevando la enseñanza a las mismas fábricas, donde la gente que desea ingresar a las escuelas de nivel superior pero su tiempo no se lo permite, propone la creación de los centros de cultura locales, propone desenclaustrar a la universidad y-

7 González Casanova., Discurso..., op. cit. pág.66

8 González Casanova., La Universidad y el sistema..., op. cit. p.52.

9 Ibid., pág. 49.

y relacionarla con las actividades productivas y cotidianas de la sociedad, lo que requiere a su vez de la preparación de profesores que además de impartir cátedras escriban libros y profesores que salgan de la universidad para llegar a los recintos a donde llegaría la universidad mediante la televisión o cursos por correspondencia.<sup>10</sup>

En cuanto a las reformas del gobierno universitario; en otra de sus alocuciones alude al tema, refiriendo que ninguna reforma se logra si no se replantea la participación de estudiantes y maestros en el gobierno universitario; la no participación de los individuos en las decisiones que le afectan es censurable en cualquier ámbito, pero en una universidad es totalmente contrario a su esencia; menciona que la forma en que están estructurados los órganos de representatividad, precisamente lo que no permiten es la representatividad,<sup>11</sup> por lo cual se hace necesario aumentar el número de cuerpos colegiados de representatividad estudiantil y de profesores en los planteles escolares y en los institutos, fortalecer las uniones y asociaciones de profesores e investigadores.<sup>12</sup> "El gobierno universitario a que aspiramos, dice González Casanova, es aquel en que cada universitario se siente libre y responsable como universitario con su inteligencia y su voluntad a crear y recrear la universidad"<sup>13</sup>.

La reforma de la difusión política y cultural. Desde su toma de posesión, el rector manifestó su defensa de la autonomía de la universidad mediante una política activa a través de la unión de los universitarios; la asunción de la universidad-

---

10 Ibid., pág. 52

11 Ibid., pág. 56

12 Elizondo, Aurora. La reforma educativa y las ENEP. En Memorias del Ier. Foro Académico-laboral ENEP. p. 17

13 González Casanova., La universidad y el sistema..., op. cit. p. 56.

de un compromiso de contribuir a transformar las estructuras que hacen injusta nuestra sociedad.<sup>14</sup> En los hechos así lo constatamos, por ejemplo, en la declaración (¿apelación?) -- que hace en torno a la liberación de estudiantes y profesores presos a raíz de los acontecimientos de 1968; o en su declaración respecto a los sucesos de junio de 1971. Y otra -- serie de posturas frente a los conflictos que vive la universidad en ese momento.<sup>15</sup>

Los planteamientos más acabados de su proyecto académico se hallan resumidos en doce puntos en su discurso de la asamblea general de la ANUIES, Villahermosa, Tabasco en --- abril de 1971. Recogemos los que consideramos más importantes:

- Fijar lo que el estudiante debe aprender en cada ciclo ya no en función del tiempo sino a la inversa; producir guías de estudio donde se señalen distintas pautas o planes de aprendizaje que el estudiante puede lograr (segun trabaje, o se dedique de tiempo completo al estudio); producción de material didáctico para alcanzar los objetivos fijados; -- producir pruebas y autopruebas para estudiantes y profesores con aplicación periódica; disminuir los ciclos si los objetivos de aprendizaje se pueden alcanzar en menos tiempo ; recorrer la enseñanza de la cultura general a nivel, recorriendo igualmente las actividades tradicionales del posgrado a la licenciatura: trabajos técnicos aplicados, clínicos y de investigación; hacer más fluido el pase de una institución a otra por medio de un sistema nacional de

---

14 Ibid., pág. 56

15 Vease Pablo González Casanova, op. cit. pág. 137-193.

exámenes que permita obtener la licenciatura a quienes demuestren dominar los objetivos de aprendizaje de una profesión aun sin haber asistido a las aulas; modificar la enseñanza del bachillerato para que los estudiantes aprendan el lenguaje nacional, las matemáticas, las ciencias naturales e históricas; modificación de la ley de profesiones para reconocer el bachiller como trabajador intelectual y manual y pueda desempeñar un trabajo remunerado; señalar al Estado como el principal aportador de los recursos para la educación mediante una política cada vez más eficaz de recaudación de impuestos, coordinar los esfuerzos educativos con la iniciativa privada para llevar a cabo una política de inversiones que mantenga el empleo y baje las tasas de desempleo cuando los factores del mercado sean incapaces de lograr el pleno empleo por sí solo.<sup>16</sup>

Por lo visto las iniciativas buscaban un cambio de fondo en la universidad, cambios en lo académico, en las estructuras de gobierno, cambios en la legislación de la educación superior, incluyendo al Estado para que profundizara sus políticas de democratización hacia la toma de decisiones. Olac Fuentes se refiere al hecho de la siguiente manera: "la alternativa de González Casanova en su conjunto se articula en una definición democrática-racionalista. Esta orientación que lleva hasta su desarrollo más amplio lo que era posible dentro del discurso general de Echeverría, en ningún momento parecía conformar una estrategia coherente con los propósitos de la retórica echeverrista iniciada en la campaña. Estas contradicciones, sin embargo hacen posible el proyecto de González Casanova quien obtiene el soporte político que -

---

16 González Casanova, Pablo. Ante los retos que impone la educación. -- Discurso en la XIII asamblea de la ANUIES., op. cit.p.83-96.

requiere para trabajar",<sup>17</sup> + Democrático porque planteaba la participación de los universitarios en la toma de decisiones, ampliar las oportunidades de educación al mayor número de aspirantes principalmente trabajadores, asunción de una posición crítica frente al Estado. Racionalista, porque buscaba una utilización óptima de los recursos, la organización por él propugnada se orientaba a satisfacer las necesidades del mercado de trabajo, satisfacer las necesidades del sistema, de tal suerte que en su proyecto había "componentes pragmáticos, de vinculación utilitarista, educación-producción, que provenían de otros componentes políticos articulados a los del sector dirigente de entonces de la UNAM. Había una variante pragmático conservadora de lo que podría ser la orientación esencial del propio rector".<sup>18</sup> El carácter nacionalista del proyecto también es evidente, en el sentido de recuperar nuestras raíces y de reconocer a la universidad como proveedora de los conocimientos para nuestra liberación. "Si uno de los ángulos del discurso echeverrista esta tesis del nacionalismo revolucionario, fué probablemente la alternativa de González Casanova la que lo llevó a sus últimos límites".<sup>19</sup>

A continuación abordaremos con mayor amplitud el contexto en el cual se dá el proyecto a fin de explicarnos su desarrollo y evolución.

---

+ Sirva esta disertación para aclarar que el proyecto no es un instrumento mecánico de la reforma educativa de Echeverría, como afirman algunos autores sino una propuesta orgánica que encuentra ciertas condiciones propicias en tal política; más adelante se expondrá el tema de la reforma educativa.

17 Fuentes Molinar, Olac. Las ENEP: Proyecto y práctica (versión de conferencia). Memorias del Ier. Foro. op. cit. pág. 38.

18 Ibid., pág. 39.

b) LA REFORMA EDUCATIVA ECHEVERRISTA

La reforma educativa es uno de los aspectos de la política de reformas con que se abre paso el régimen echeverrista; se hará alusión de cuáles son los resortes que impulsaron la reforma en el sector educativo. Gilberto Guevara Niebla menciona que son fundamentalmente dos: "... una la constituyó el deseo de las autoridades del país de conciliarse con los sectores disidentes del 68, retrotraerlos a los brazos del sistema y reconquistar así el consenso perdido durante este año fatídico; la otra fué modernizar la economía y la política del país"<sup>20</sup> Es bien sabido que el gobierno tomó una serie de medidas por demás represivas en 1968 ante la movilización estudiantil expresando el sentir de una amplia capa de la población ante el agotamiento del modelo de desarrollo iniciado en la década de los 40. Por otro lado, nuestro país - como los demás - se hallan ubicados en la era de la producción mediante el uso generalizado de los adelantos tecnológicos, lo que hacía evidente "... la necesidad de una reestructuración de la economía si se deseaba tan sólo conservar los ritmos históricos de la acumulación de capital"<sup>21</sup>, que traducido en el discurso echeverrista se habla de "desarrollo con justicia social".

¿ Cuáles son las medidas que se toman para llevar adelante esto ?",,, 1) el incremento que experimentó el presupuesto para la enseñanza superior; 2) la tolerancia ( y aun podría decirse: "la política de aliento") del Estado hacia iniciativas de reestructuración del orden jurídico legal de ciertas universidades lanzadas por la izquierda y que incluían la implantación en ellas el principio de la autonomía o de sistemas de autogobierno escolar; 3) la política de no modificar sustancialmente la tendencia demográfica del sistema de educación --

20 Guevara Niebla, Gilberto, La crisis de la educación superior. Introducción. México, 1983. Ed. Nueva imagen, p. 14

21 Ibid., pág. 14

superior manteniendo una oferta ampliada para beneficio fundamentalmente de los sectores medios urbanos; etc. En cuanto a la modernización de la economía, las acciones ubican su explicación en la creación de una serie de instituciones de educación superior y de investigación<sup>22</sup>.

Ahora bien, ¿ en qué medida la reforma educativa, era un proyecto acabado?. Olac Fuentes nos dice al respecto que: "Había una serie de intenciones de modernización de restablecimiento de relaciones con las comunidades académicas, las que fueron muy afectadas en el período de Díaz Ordaz. Había un propósito muy general de vincular la ciencia con la educación a lineamientos del desarrollo nacional, tal como lo matiza el gobierno de Echeverría, pero no había un proyecto coherente. Incluso la iniciativa echeverrista, de desarrollo en lo entonces se llamó comisión nacional para la reforma educativa, terminó en fiasco, un fracaso efático en tanto que no pudo conjugar allí un programa específico aplicado de trabajo en la educación"<sup>23</sup>.

Esto viene al caso para ubicar en su justa dimensión al proyecto que encabeza González Casanova de reforma universitaria, se diría que este proyecto " encuentra condiciones de viabilidad en el espacio abierto por una nueva política gubernamental", política que, como ya se vió, permitía y hasta alentaba en un principio las iniciativas de carácter democrático en las universidades; sin embargo tales iniciativas no cristalizaron, se obstruyeron y hasta se reprimieron, en un primer momento lo que se presenta es una contradicción con el cuadro anterior, lo que lleva a plantear una pregunta. ¿ El proyecto echeverrista estaba dispuesto a llevar hasta sus últi

---

22 Ibid, pág. 15

23 Fuentes Molinar..., op. cit. pág. 38

mas consecuencias la apertura democrática propugnada, o era un simple ropaje de su política destinada para el consumo de la sociedad?, pues hechos como los suscitados en la universidad de Nuevo León sobre el problema de la autonomía o la expulsión de profesores y estudiantes en la universidad de Sinaloa y hasta la renuncia de González Casanova llevan a afirmar lo último.

Al ser la reforma universitaria el tema de este capítulo, lleva forzosamente a explicar porqué no prosperó el proyecto de González Casanova, Obviamente que el Estado no iba a ceder más allá de una situación que ponga en peligro su existencia, o que vaya en menoscabo de su autoridad y su naturaleza, a decir de Aurora Elizondo el proyecto de la nueva universidad como se le conocía a este proyecto "... resultaba" disfuncional" a los intereses hegemónicos de la clase dominante. Diversos cuadros políticos y empresariales prioritariamente la formación de cuadros técnicos a nivel medio, alegando la necesidad de adecuar la educación al empleo"<sup>24</sup>.

Pero ya vimos que estas necesidades sí las respondía, es ese aspecto del proyecto que Olac califica de "pragmática, vinculación utilitarista". El problema residía en aquellas iniciativas de carácter político, como la definición de un proyecto de universidad como agente de transformación de las estructuras sociales o de la defensa de la autonomía frente a un Estado que ya buscaba la ingerencia directa en la universidad" ... iniciativa académica y de actualización política, en cierto sentido, rebasa y crea riesgos de desbordamiento del proyecto echeverrista"<sup>25</sup>

---

24 Elizondo H, Aurora. La reforma educativa y la ENEP. op. cit.p.18

25 Fuentes Moliner..., op. cit. pág. 39

Con un proyecto que amenazaba extenderse y hacerse realidad en las demás universidades, ésto se ve claramente en las asambleas de la ANUIES y la creación del Colegio de Ciencias y Humanidades, y los procesos que Olac Fuentes llama casi insurreccionales en las universidades de Nuevo León y de Sinaloa, llevan a una definición clara de la política echeverrista. Dentro de las universidades; " Si anteriormente el eje había sido la modernización democrática nacionalista con un gran amplitud ideológica, estos conflictos, estos procesos provocan por encima de todas las necesidades políticas en la educación superior, la necesidad del control. Es a partir de ese momento que en la UNAM y fuera de ella y sobre las innovaciones académicas y las modernizaciones organizativas, la asignación de recursos es determinada fundamentalmente por la necesidad del fortalecimiento del control de los programas institucionales"<sup>26</sup>.

La caída de González Casanova estuvo precedida de una serie de conflictos al interior de la universidad, la mayoría propiciados por el Estado, dice Granados Chapa en su conferencia " Así nacieron las ENEP". Y el golpe de muerte se lo dió el surgimiento del sindicato al interior de la UNAM. Lógicamente que en los momentos cruciales, no contó con el respaldo de las bases estudiantiles ni docentes, quienes desde un principio calificaron a su proyecto de reforma que beneficiaba al sistema imperante<sup>27</sup>.

Existen otras causas, las internas del propio proyecto "ambivalencia, su provisionalidad, hacen que fracase", dice Olac.

---

26 Ibid., pág. 40

27 Véase por ejemplo a Ochoa Cuauhtémoc en Sistema educativo y reforma educativa. En cuadernos políticos No. p, 55

Se trata ahora de ver cómo tales -proyectos se hacen - realidad cuando así procede, en el caso de la reforma educativa cómo se traduce al interior de las universidades, cómo los proyectos como el que se acaba analizar son reformulados y -- puestos en práctica. Dado el obstáculo de la autonomía de las universidades el Estado en un momento no pudo tener una ingerencia directa en las universidades y quien tuvo un papel activo fué la ANUIES, a fin de hacer una reforma universitaria- acorde con la reforma educativa del Estado.

c) LA ANUIES Y LA REFORMA UNIVERSITARIA

La ANUIES fué un protagonista fundamental en esta serie de acciones que se emprenden ya que se trata del interlocutor del Estado, entre la reforma educativa y los cambios en las - universidades, ésto es así ya que la autonomía de las universidades impide al Estado tener ingerencia directa al interior de éstas.

En abril de 1970 se inician una serie de reuniones tenientes a la búsqueda de mejoras métodos para responder a las exigencias de la realidad nacional. La primera reunión se celebra en Hermosillo Sonora en la fecha ya mencionada, en ella - se toman acuerdos que por su carácter no significan mayores - cambios ni en la orientación de la enseñanza, ni en la estructura organizativa de las universidades; acuerdan por ejemplo- propiciar la creatividad y la capacidad de autoaprendizaje de los estudiantes, fomentar el sentido de la responsabilidad -- personal, adecuar la educación a las necesidades de desarrollo del país; propiciar al alumno información de mayor calidad y actualidad; contribuir a elevar el nivel estructural, técnico y cívico ( sic) de la población a través de los métodos ex -- traescolares<sup>28</sup>.

28 Castrejón Díez, Jaime. La educación superior en México, citado por - Bartolucci, Et. Al., op., cit. pág. 24

Quizás una de las reuniones más importantes es la de Villahermosa Tabasco en abril de 1971 por los acuerdos ahí -- tomados y por la naturaleza de éstos. Bartolucci señala la importancia de la reunión, por el hecho, según él, de que la declaración de Villahermosa vincula estos trabajos con los planteamientos de la reforma educativa y porque se definen programáticamente los objetivos de los trabajos<sup>29</sup>. El hecho importante que nosotros detectamos es la influencia marcada del -- grupo de González Casanova en los acuerdos que en esa reunión se tomaron, mejor conocidos como la declaración de Villahermosa, éstos se refieren a grandes rasgos a la necesidad de establecer un sistema de créditos académicos comunes a fin de propiciar la movilidad de estudiantes y profesores de una institución a otra; establecer un centro nacional de producción de material didáctico, impulsar los estudios de posgrado y propiciar la cooperación interinstitucional para la investigación y los estudios de posgrado<sup>30</sup>, además de los puntos que ya adelantamos en la página. En la Asamblea de Toluca ( agosto de 1971), básicamente se determina profundizar sobre los puntos acordados en Villahermosa. En esa reunión la ANUIES en un intento por neutralizar la influencia del grupo de González Casanova, presenta " un modelo alternativo" al del CCH, - pseudicho sea de paso fué en la asamblea de Villahermosa en donde el rector de la UNAM presenta el proyecto CCH que concentra las innovaciones propugnadas por él - con objetivos y estructura parecidos, adaptable a distintos tipos de instituciones, con énfasis en las enseñanzas tecnológica y administrativa.<sup>31</sup> En la asamblea de Tepic se celebra en octubre de 1972. En lo fundamental se acuerda poner en operación los acuerdos de las anteriores asambleas subrayando el imperativo de la autonomía<sup>32</sup>.

29 Bartolucci, Et. Al., op. cit. pág. 25

30 Ibid., pág. 26

31 La declaración de Villahermosa y los acuerdos de Toluca SEP citados por Bartolucci, Et. Al., op. cit., pág. 29

32 Ibid., pág. 30

Se hace hincapié en que estos acuerdos se quedan a nivel enunciativo y propositivo, ciertamente los acuerdos, como ya se mencionó adquieren el tinte del proyecto de González Casanova, de cambios bastante profundos en lo educativo y en las estructuras de las universidades, no obstante lejos están de hacerse realidad en cada una de las instituciones porque estas propuestas obviamente afectaban intereses establecidos, afectaban grandes grupos de poder al interior de las universidades - por lo que no se acatan íntegramente. " La reforma educativa que emprendió el conjunto de las universidades reunidas en el seno de la ANUIES, cayó pues en proceso de erosión creciente. - Las medidas que tomó el bloqueo ( o parte del bloque) de las instituciones no reflejaron a la postre más que superficialmente el potencial renovador contenido en los principios enunciados desde sus inicios ( ...) más significativo fué el desplazamiento del enfoque inicial (...) hacia la educación media superior (...) tal desplazamiento fué más característico en materia de reforma de programas.

" En sí la revisión del enfoque de las profesiones(...)y la modificación correspondiente de programas y planes de estudio, parecen componentes esenciales de una reforma profunda de tipo cualitativo. Sin embargo en virtud de la libertad académica el argumento de la autonomía se agregaría y de la concentración de poder imperante en las facultades tradicionales, era casi imposible que los rectores reunidos tomaran decisiones a nivel de conjunto relativas a planes y programas, sin antes generar en sus respectivas instituciones un movimiento interno de revisión de las mismas...En estas circunstancias resultaba más fácil emprender la reforma del contenido de la enseñanza superior a nivel de la preparatoria"<sup>33</sup>.

Los estudiosos inscriben la creación del CCH dentro de esta perspectiva, la fundación del Colegio de Bachilleres, la

33 Vielle, Jean Pierre. Planeación de la reforma de la educación superior en México. 1970-76. Citado por Bartolucci., op. cit. p. 34.

Universidad Autónoma Metropolitana, evidentemente con diferentes patrocinadores, la primera en la UNAM por iniciativa de González Casanova y las últimas por iniciativa del Estado. Se diría que el proyecto innovador en la UNAM e introducido en la ANUIES, por su naturaleza choca con los intereses tradicionales y se dispersa en sentidos diferentes de tal suerte que lo hallamos reformulado incluso en el propio CCH, y su influencia se hace sentir en la creación de la ENEP, la UAM, etc.

d) EL PROYECTO CCH

Los autores consideran la creación del CCH como la primera y la única cristalización del proyecto de González Casanova porque además se crea como una institución paralela a la preparatoria, no afectando a las instituciones tradicionales. Con el CCH, se supone, se emprende el proyecto contemplando al bachillerato, la licenciatura y el posgrado, acompañado de múltiples programas de investigación y planes de estudio de carácter interdisciplinario, ello en la medida en que cuatro facultades de la universidad ( inicialmente ) aportan sus enfoques metodológicos en la integración del programa del CCH<sup>34</sup>. Con el Colegio se hacen realidad los planteamientos de la formación de los estudiantes con una cultura comun en ciencias y humanidades, capacitandoles en un primer momento para comprender los problemas de la sociedad y de la naturaleza independientemente de la profesión que adopten. Tal formación, se supone, permitirá a cualquier profesionista gran flexibilidad para actualizarse o cambiar de profesión<sup>35</sup>. El CCH tiene la característica de contemplar salidas laterales, es decir, posee la cualidad de preparar a los alumnos a dominar alguna acti

---

34 González Casanova, Pablo " Se creó el CCH" Citado por Bartolucci., op. cit., pág. 77

35 Conceptos del rector de la UNAM sobre reforma universitaria" citado por Bartolucci, Et. Al., op. cit. pág. 29

vidad para incorporarse tempranamente al mercado de trabajo - si así lo desean, en tanto que es propedéutico para la licenciatura. En estos planteamientos encontramos aspectos muy claros en tanto que otros no tenían forma acabada como en el caso de la interdisciplinariedad, considerada simplemente como la integración de especialidades nuevas con la cooperación de diversas disciplinas como las estadísticas, la cibernética, ciencias de la salud, psicología, etc. Olac Fuentes nos dice que se trata de una aproximación muy general a la necesidad de trabajo interdisciplinario y multidisciplinario.<sup>36</sup>

En cuanto a los docentes que echaron a andar el proyecto, refiere con gran satisfacción que se integrarían docentes de la Escuela Nacional Preparatoria quienes aportarán sus experiencias, además de incorporar a los estudiantes de la licenciatura con los que implementaría un gran laboratorio de formación de profesores e investigadores, aportando su entusiasmo en el impulso del nuevo proyecto. Así las cosas cuando se reorienta la política del Estado, vientos contrarios empezaron a soplar en las universidades, por lo que en su interior también cambian las políticas, ahora la consigna es el control. Ciertamente el CCH por su estructura y por el personal que lo componía era "una piedra en el zapato" del sistema; desde sus inicios se presentaron movimientos de inconformidad de carácter laboral y académico, movimientos que rayaron en la violencia, situación que dió pie para dar marcha atrás el proyecto, o por lo menos quitarle lo que tenía de democrático que permitía una mayor participación de las bases, este proceso mejor conocido como institucionalización, en donde se privilegió la cuestión legislativa cubriendo todos los huecos que permitían la participación, con ello se trunca el proyecto,<sup>37</sup>.

---

36 Fuentes Molinar..., op. cit., pág. 39

37 Aunque algunos autores no está de acuerdo con el término, argumentando que el CCH conserva sus características iniciales.

Veáse Bartolucci, Et. Al., op. cit. pág. 116

pero no logran borrarlo totalmente, persisten sus huellas, más aun, si consideramos que en materia de descentralización estaba por darse el paso.

e) LA CREACION DE LAS ENEP

Lógicamente, esta etapa corresponde ya a la administración de Guillermo Soberón, cuyo caballo de batalla en lo académico cultural es la creación del Centro Cultural Universitario, la ampliación de los institutos de investigación y la -- creación de las ENEP. Su gran logro en lo político-laboral; -- legislar para "maniatar" al sindicato de los trabajadores. -- Soberón arriba a la rectoría en medio de una crisis planteada por el surgimiento del sindicato y su objetivo fundamental es "la estabilización política de la universidad en términos de la eliminación de la disidencia". En lo académico, "El proyecto soberonista asume el nuevo concepto de universidad, es decir, la universidad deja de ser el centro del saber para -- convertirse en una gran empresa, en un gran centro de capacitación en donde la eficiencia, el orden, el control y la racionalidad resultan ser lo más importante. Se considera necesaria la modernización pero hay que evitar el peligro de la -- transformación, así pues se hace necesario detener y prevenir movimientos de disidencia política"<sup>38</sup>. Ahora las respuestas -- van a ser de orden técnico con el argumento de que son neutrales y no políticos, pues derivan de la aplicación de la ciencia que no toma partido, que se encuentra por encima de cualquier ideología. Ahora las decisiones las van a tomar los funcionarios que conforman la burocracia universitaria a partir de su proyecto de universidad<sup>39</sup>.

---

38 Elizondo, Aurora, "La reforma educativa...", op. cit. pág. 18

39 Ibid.

En el discurso de los nuevos funcionarios no se conoce el término innovación de la academia, ni reestructuración del gobierno universitario, bajo su dirección se rechaza toda participación política que comprometa al nombre de la institución, pues según ellos la universidad es eminentemente académica, la institución como tal debe deslindar de todo lo que sea político de su terreno, los universitarios, que desean participar en política deben hacerlo a título personal y fuera de la universidad. Las relaciones con el Estado se volvieron muy cordiales, pues su proyecto en nada se oponía a la política dentro de la UNAM. " A través de su gestión el Rector de la universidad no entendió como propio su papel el enfrentamiento con el Estado, por el contrario puede decirse -- que el Estado y la universidad, ésta última representada por su Rector, fueron encontrando progresivamente las nuevas formas de coexistencia institucional en la que sin desmedro del respeto mutuo y en particular de respeto por la autonomía -- universitaria, se produjeron formas de entendimiento recíproco que permitieron a la universidad acercarse a los problemas sociales del país y apoyar numerosas empresas de interés para el Estado mexicano"<sup>40</sup>. La cita es elocuente respecto al nuevo derrotero de la UNAM.

En cuanto a la política de admisión, Soberón puso coto a la aplicación de la matrícula universitaria de su antecesor refiriéndose a ésta como el peligro de que " la plétora nos aniquile", reconoce que hay demanda de educación superior, pero afirma que no es responsabilidad exclusiva de la UNAM, que se deben crear otras instituciones de educación superior para satisfacer esa demanda. Sin embargo había problemas dentro de la UNAM que requerían una pronta solución, había que -

---

40 Valadéz, Diego, " Guillermo Soberón". Serie editada por la D.G.D.C. de la UNAM. pág. 8'

darle respuesta a la demanda de educación profesional a los -  
estudiantes que pronto egresarían del CCH, a la vez que apre-  
miaba la descentralización ( ¿ desconcentración? ) académica-  
administrativa de la ciudad universitaria. La respuesta es la  
creación de las ENEP.

Siguiendo su línea, las autoridades de la universidad-  
explicaron la creación de la ENEP como una respuesta a proble-  
mas académico-administrativos, sin embargo existen móviles -  
políticos implícitos que posteriormente comentaremos. Paradó-  
gicamente, si la explicación que daban a la descentralización  
era académica, de lo que carecían era justamente de un pro --  
yecto específico al respecto. Según Olac Fuentes el proyecto  
ENEP viene desde su antecesor englobado dentro del concepto -  
de la nueva universidad, en aquel entonces se conocía como Es  
cuela Nacional Profesional y aplicado con serias mutilaciones.  
O mejor diríamos que su aplicación está lejos del proyecto --  
original.

Refiere Granados Chapa que: "La descentralización, (...) ,  
comenzó de manera casual. Se tendría la impresión de que fuera  
improvisada porque el acuerdo es aprobado por el consejo uni-  
versitario en febrero, y en el mes de abril comienzan los cur-  
sos en la ENEP- Cuautitlan"<sup>41</sup>. Continúa el autor refiriendo que  
además de la aparición repentina de la propuesta en el consejo  
universitario, éste no le dió la importancia que merece una --  
propuesta de tal trascendencia para la educación superior, se-  
incluyó y se aprobó entre un nutrido grupo de puntos de la --  
agenda de la sesión de ese día del consejo universitario<sup>42</sup>

En un documento publicado posteriormente se explican --

---

41 Granados Chapa M. A, "Así nacieron las ENEP" (versión de conferencia)  
en Memorias del 1er. foro..., op. cit., pág. 13

42 Ibid.

los criterios y políticas del "programa de descentralización" como le llamaron, argumentando las siguientes necesidades;

- Una política de admisión con vistas a regular el crecimiento de la población escolar.
- Restablecer mejores proporciones entre recursos educativos y estudiantiles
- Aumentar la capacidad para los estudios de posgrado y fomentar su desarrollo.
- Incrementar la calidad y el volumen de la investigación que se realiza.
- Redistribuir los recursos educativos de la UNAM en el área metropolitana de la ciudad de México.
- Contribuir a la expansión y diversificación de la educación superior en México<sup>43</sup>.

Refieren por otro lado una serie de criterios para la instalación de las unidades de la ENEP.

- La zona donde habita el mayor número de estudiantes y trabajadores, detectando el crecimiento de la ciudad de México hacia el norte, noroeste y oriente de la ciudad.
- Porporciones adecuadas entre instalaciones y población de la escuela, por ello se proyectó para un número no mayor de 15 a 20 mil alumnos cada escuela.
- Garantía de disponibilidad de terrenos y existencia de cierta infraestructura en la zona.
- "La oportunidad de incorporar innovaciones en la organización académico-administrativa, en virtud de la creación de nuevos centros educativos"<sup>+</sup>

---

+ Subrrayado nuestro

43 Programa de descentralización de estudios profesionales de la UNAM. Universidad en Marcha. Supl. No. 11 Gaceta UNAM. Julio de 1980.p.3

Ofrecimiento de diversas opciones profesionales en distintos polos del área metropolitana, complementandose entre sí las diferentes escuelas, cada uno con diferentes opciones profesionales"<sup>44</sup>.

Según el documento, se propusieron la creación de centros educativos independientes tanto académica como administrativamente dirigidos por sus propias autoridades, tendientes a desarrollar estudios de posgrado y tareas de investigación con vistas a impulsar la multidisciplina, carácter que determinó el nombre de Escuela Nacional de Estudios Profesionales, adquiriendo el nombre del lugar en que se halla ubicada cada escuela; estas se integraron a partir de carreras afines; -- siendo en total 5 escuelas; Cuautitlan, Acatlan, Iztacala, -- Aragón y Zaragoza. Menciona que en la organización se diseñó... la organización matricial, carrera/departamento que se sustenta en la diferenciación del trabajo académico, que impulsa la atención de los estudiantes, la organización de labor de los profesores, la observación y revisión de los planes y programas de estudio, el desarrollo de estudios de posgrado y de tareas de investigación"<sup>45</sup>. Menciona que cada departamento -- agrupa a las disciplinas de una misma área de conocimiento, -- trabajand'... con profesores que imparten las cátedras correspondientes y revisar con ellos los programas de estudio, así como coordinar las actividades de investigación que tienen lugar en el departamento.

" Al frente de carrera hay una coordinación cuya función principal es proveer lo necesario para que el plan de estudios se cumpla conforme a los objetivos previstos."<sup>46</sup>

---

45 Ibid., pág. 6

46 Ibid., pág. 7

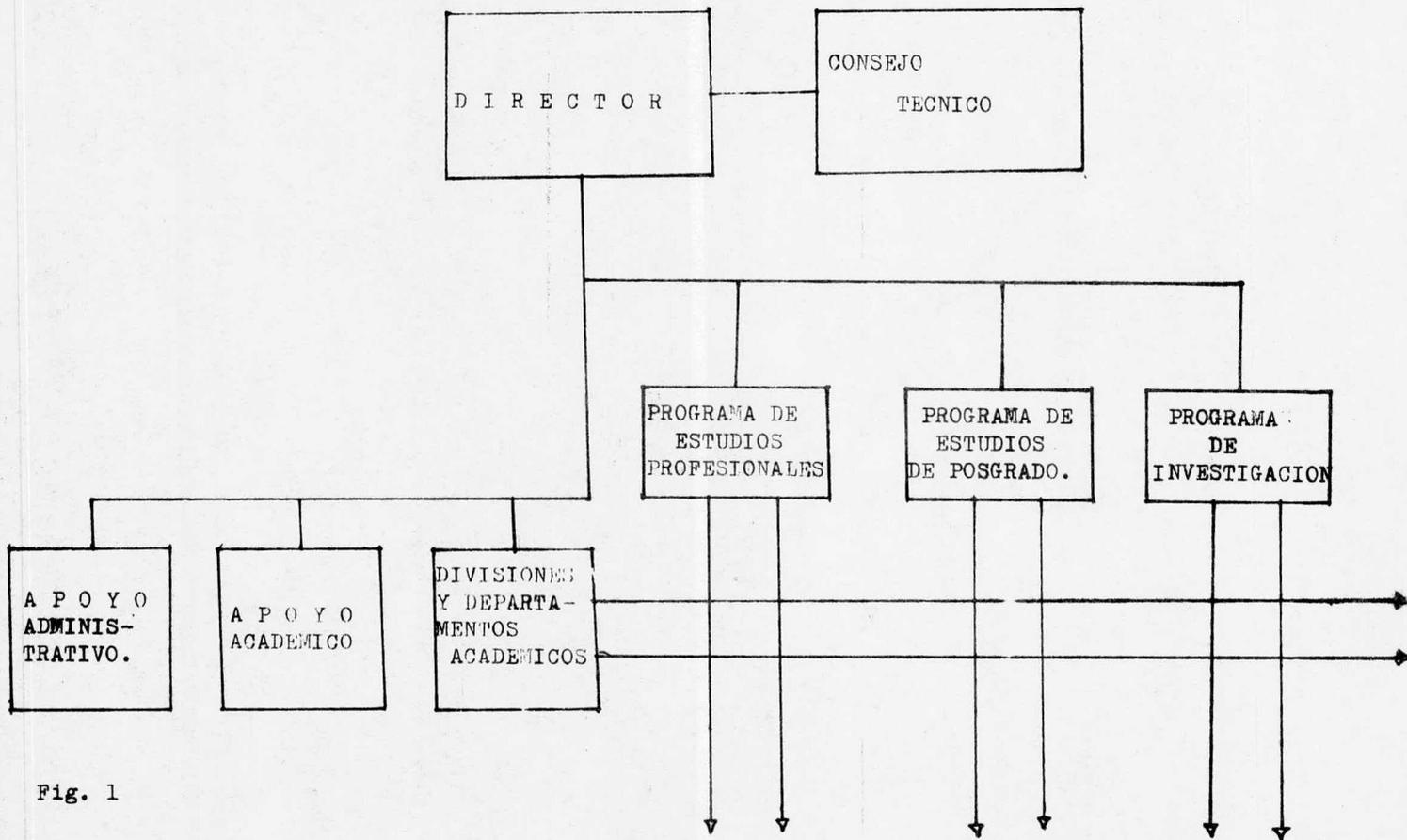


Fig. 1

La estructura matricial la representan gráficamente como se muestra en la figura 1,

Las columnas representan carreras y los renglones los departamentos. El cruce o la intersección muestra la conjunción de la temática de la disciplina y la problemática de la entonces la multiplicidad de la función de los departamentos, proveen profesores tanto a los estudios profesionales como a los de posgrado, en cuanto a la investigación, será también el personal de los departamentos los que la lleven a cabo bajo la coordinación de los programas de la investigación. Según este criterio la organización departamental derivaría en la optimización de recursos, evitando duplicar actividades, propiciando relaciones de cooperación académica interdepartamentales. "Un sistema de esta naturaleza permitiría la creación de salidas profesionales novedosas, la obtención de calidad homogénea para las distintas especialidades, mejor uso de las instalaciones...".<sup>47</sup>

En la realidad, esto no se logró; al no poder crear una organización fluida multidisciplinaria que integra el trabajo de la comunidad, operó como una organización bastante limitada.<sup>48</sup> En cambio políticamente fue muy eficaz al desintegrar y desarticular las bases estudiantiles y trabajadores "La descentralización tuvo como consecuencia la demovilización estudiantil en las ENEP"<sup>49</sup>. Este fenómeno se explicaría por el hecho de que estas escuelas reciben alumnos nuevos que no tienen contacto con el centro donde hay toda una tradición de lucha, es decir con la ciudad universitaria.

La misma organización académica propicia un control tanto de alumnos como de profesores al estar éstos adscritos a diferentes jefaturas y coordinaciones.

---

47 Granados Chapa., op. cit. pág. 14

48 Olac Fuentes., op. cit., pág. 40

49 Granados Chapa., op. cit. pág. 15

Por otro lado la suposición de encontrar personal docente calificado en las zonas de instalación de las escuelas no resultó, por lo que se tuvo que reclutar personal de baja calificación ( pasante sobre todo) descendiendo el nivel académico e impidiendo la basificación del personal docente; si frente a grupo, ésto además de no permitir la realización de investigación, mantiene al personal en una inestabilidad laboral permanente, como colorido tenemos: Bajo nivel académico, ausencia de trabajos de investigación e inestabilidad laboral.

Lo último explica un poco la demovilización del personal académico.

En el caso de los órganos de representatividad, hay -- transplante mecánico de éstos desde escuelas y facultades con realidades y dimensiones distintas, como sucede con el consejo técnico, se configura igual el consejo técnico de escuelas como trabajo social o enfermería con una población reducida que el de la ENEP que tienen una población enorme, diferentes carreras y gran cantidad de trabajadores<sup>50</sup>. En general la situación tanto de trabajadores como de estudiantes son más precarias en materia de movilización y participación democrática, "... sabemos -- que prácticas de movilización que son usuales en ciudad universitaria, que se practican sin mayor problema pese a la estructura vertical que prevalece dentro de la propia universidad, en muchas de la ENEP son consideradas como altamente riesgosas y aun como subersivas..."<sup>51</sup>.

f) LA FUNDACION DE LA UAM.

Apoyado en un estudio la ANUIES, realizado ex profeso y ordenada por él, el presidente de la República envía al con

---

50 Ibid

51 Olac Fuentes., op. cit. pág. 42

greso de la unión el 10 de octubre de 1973 la iniciativa de ley para la creación de la Universidad Autónoma Metropolitana; y el Secretario de Educación Pública Víctor Bravo Ahuja comparece ante la cámara de senadores para exponer los fundamentos de tal iniciativa el 21 de noviembre del mismo año.<sup>52</sup> Durante su comparecencia, el secretario expone algunos conceptos interesantes, por ejemplo: que los motivos de la creación de la UAM son, además del crecimiento demográfico del área metropolitana que demanda educación superior el crecimiento económico del país que requiere de hombres cada vez más capacitados, " con un claro sentido de la participación de los cambios sociales", profesionales que no sólo tengan una preparación unilateral, que los tiempos actuales de acelerado avance del conocimiento exige de profesionales con especialización, además de una formación técnica y un nivel elevado de cultura general, ello, dice, hace urgente la necesidad de equilibrar "los cuatro grandes sectores que comprenden el contenido de la educación profesional, a saber; el de las ciencias básicas; el de las técnicas generales; el de las técnicas especializadas y el de los estudios sociales y económicos. El equilibrio en cada uno de ellos debe atender a la formación teórica y a la formación práctica ..."<sup>53</sup>

El profesional " debe planear el servicio a la vez que desempeña una función cada vez más comprometida". Lógicamente que para alcanzar ésto, la universidad que se desea crear, debe contemplar los cambios sociales en sus programas de investigación y docencia, pues la iniciativa se inspira en el tipo de " ... universidad actual... popular en un doble sentido, primero por el tipo de población que la integra y, segundo, por su identificación con las necesidades del pueblo"<sup>54</sup>.

52 Paoli Bolio, Francisco J. El proyecto orgánico y el modelo Xochimilco. UAM, Xochimilco, México. S-F, p.7

53 Bravo Ahuja, Víctor. Srio. de educación pública, comparecencia ante la cámara de senadores. En Paoli Bolio, op. cit. p.37

54 Ibid., pág. 37

Por otro lado justifica la necesidad de la creación de un nuevo centro en la imposibilidad de las dos grandes instituciones de educación superior del área metropolitana: el IPN y la UNAM para satisfacer la demanda de educación a ese nivel -sopena de convertirse en "auténticos monstruos" y en detrimento de su nivel académico.

Respondiendo a las preguntas hechas por los senadores, aborda el tema de la departamentalización mencionando sus ventajas para una nueva institución como la UAM; permite, dice, sin destruir una formación de carácter académico, modernizar a través de cursos de especialización y de actualización de un departamento determinado además, su mérito estriba en brindar al estudiantado la oportunidad de una participación interdisciplinaria, en tanto llega a la escala ascendente de su preparación a los niveles en que ya es exigencia de especialidad, realizándose así el ideal educativo de capacitar al educando a que tenga una visión general de mundo de la cultura, a la vez que domine los particulares de una especialización"<sup>55</sup>

Hablando del sistema extra-escolar, refiere que no demerita en lo mínimo el nivel académico, que es una oportunidad de extender los conocimientos a muchos sectores sociales que no tienen oportunidad de seguir sus estudios regulares por razones de tipo económico o hasta de edad<sup>56</sup>.

Entre uno de los agregados importantes que los senadores hacen a la iniciativa, es referente al poder de veto de los rectores hacia los acuerdos de carácter "no técnico" que a su juicio no proceden, y que no se contemplaba en la ley orgánica original.

---

55 Ibid., pág. 85

56 Ibid., pág. 65

Para diciembre de 1973, tanto senadores como diputados tienen aprobado ya el proyecto de Ley orgánica de la UAM <sup>57</sup>.

En general las características de la universidad en creación son las siguientes:

- a) Se encuentra en unidades universitarias a través de las cuales se opera un sistema descentralización funcional y administrativa.
- b) Las unidades se integran por divisiones que se definen por grandes áreas del saber y ellas por departamentos académicos que albergan profesores de una... o varias disciplinas afines.
- c) Se fomenta el enfoque multidisciplinario en la docencia y en la investigación.
- d) Promoverá la educación extraescolar ampliando la enseñanza universitaria fuera de las universidades, a fin de popularizarla.
- e) Se le autoriza a impartir estudios de licenciatura maestría y doctorado, así como en cursos de actualización especialización.
- f) Entre las funciones básicas de la nueva institución estará la preservación y difusión de la cultura.
- g) Finalmente, abre un espacio democrático mayor que el de otras universidades, por dos razones: no permite que los órganos personales duren más de un período de 4 años y habla de una práctica responsable de la autoridad. <sup>58</sup>

A lo anterior corresponde hacerle algunas observaciones. Ya se aludió anteriormente al papel legitimador de la ANUIES,

57 Ibid., pág. 8

58 Ibid., pág. 7

ahora con recomendaciones concretas derivadas de la situación por la cual atravezó, por ejemplo la dispersión y el desplazamiento referido por algunos autores<sup>59</sup>, precisamente la creación de la UAM obedece a esta situación de desplazamiento, pues se creó como una institución paralela a las tradicionales, surgida con criterios de descentralización y de absorción de una considerable masa de aspirantes a la educación superior; ciertamente que el crecimiento desmesurado de la UNAM dentro de los patrones tradicionales implicaba un peligro para su funcionamiento, de ahí que González Casanova proponía la búsqueda de métodos novedosos para enfrentar el crecimiento sin desmedro de su nivel académico; entonces el argumento de la imposibilidad de la UNAM para absorber mayor número de aspirantes es relativo, su real explicación está en lo que se conoce como dispersión y desplazamiento. De esta situación derivan las recomendaciones de la ANUIES al ejecutivo federal que en lo esencial son: fortalecimiento de las universidades de los estados, tanto en capacidad de cobertura como en el mejoramiento de programas académicos y creación de dos nuevas instituciones en el área metropolitana que limitaran el crecimiento de la UNAM y del IPN.

La propuesta del presidente para integrar la UAM se apoya en una proporción considerable en la declaración de Villahermosa así, incluso lo reconoce el secretario de educación en la cámara de senadores.

El discurso democratizante que subyace al proyecto de la UAM, es explicable dentro del contexto en que se genera, o sea, la "apertura democrática" echeverrista; la diferencia con el proyecto de González Casanova es que ahora el Estado

---

59 Hemos hecho referencia a esta situación en el inciso C de este mismo capítulo .

tiene la iniciativa y prevee sus alcances. Esto último viene - relacionado al cuestionamiento que se le puede hacer al contenido del inciso "g" sobre las características de la UAM, que - se refiere a que "abre un espacio democrático mayor que el de otras universidades", basta revisar la ley orgánica de la UAM en sus artículos 12 y 20 para detectar la composición de los órganos internos de toma de decisiones<sup>60</sup>.

En este contexto se inscriben las escuelas que en el si guiente capítulo analizaremos.

---

60 Véase Ley orgánica de la UAM en Paoli Bolio., op. cit. pág. 94-97.

## CAPITULO V

LAS POLITICAS DE LA OPS Y EL CURRICULUM DE LAS CARRERAS DE ME  
DICINA.

### a) EL PERFIL PROFESIONAL DE LOS EGRESADOS.

Arribamos ya el capítulo en el cual revisaremos los planes de estudio de las carreras de medicina de las tres escuelas en que pretendemos localizar plasmadas las políticas de la OPS.

Hemos reiterado que el objetivo central de la OPS es la extensión de cobertura de los servicios de salud, para lo - - cual incluso establecieron metas, como las metas de la reunión de Alma Ata, URSS en 1978: "Salud para todos en el año - 2000". Para ello se requieren médicos generales de contacto primario con acento hacia la medicina preventiva, ¿cómo recogen esta escuelas dichas demandas?.

"Conceptuamos al médico general como profesional de contacto primario encargado de aplicar medidas de atención primaria, secundaria y terciaria de las enfermedades más frecuentes del país, para contribuir a la provención y restauración del estado general de salud de individuos y comunidades"<sup>1</sup>. - Con este párrafo se inicia la redacción del plan de estudios de la carrera de medicina de la ENEP Zaragoza. Más adelante en el objetivo terminal III respecto a la capacidad del médico a formar, agrega: que sepa: "Aplicar medidas de prevención primaria, promoción de salud y protección específica de acuer

---

1 Plan de estudios de la carrera de médico cirujano. ENEP Zaragoza. pág.  
2.

do a la determinación de riesgos y daños en los individuos, - las familias y las comunidades"<sup>2</sup>.

Por su parte el objetivo número 4 del plan de estudios - de la carrera de médico cirujano de la ENEP Iztacala se plantea capacitar a sus egresados a fin de que sepan: "Aplicar -- las medidas específicas e inespecíficas de prevención a nivel primario, secundario (diagnóstico temprano y tratamiento oportuno) y terciario (rehabilitación) con los medios del programa a que pertenece y/o con la coordinación de recursos extra, intra o interinstitucionales"<sup>3</sup>. En una parte de la Introducción del mismo plan de estudios, refiriéndose a las grandes - especialidades, dice: "Si bien este tipo de medicina es factible en países económicamente ricos- y aun en estos se están - confrontando problemas graves al respecto- en países pobres - como el nuestro, la especialización masiva no sólo es inconveniente, sino imposible.

"El error de tomar como marco de referencia formas de vida distintas, posibilidades económicas y científicas diferentes, ha propiciado la situación médica actual con profesionales recién graduados que sólo conciben la medicina a nivel de especialización y en grandes instalaciones hospitalarias"<sup>4</sup>.

Más adelante, en la descripción de las etapas de su cambio curricular, caracteriza a nuestro país, destacando los siguientes aspectos:

México es un país capitalista subdesarrollado con alto - crecimiento demográfico, una población mayoritaria de menores

---

2 Ibid., pág. 5

3 Plan de estudios de la carrera de médico cirujano. ENEP Iztacala. 1984. pág. 4

4 Ibid., pág. 7

de 15 años. Mayor población rural con alto índice de analfabetismo, ocupación en el sector primario, que por falta de recursos "y las condiciones oro-hidrográficas" del campo, propician la emigración hacia las ciudades, generando cinturones de miseria. La distribución de la población rural es dispersa, abundando poblaciones menores de 2500 habitantes lo que hace difícil la provisión de los satisfactores básicos. La medicina que se ejerce es "fundamentalmente de tipo curativo, sintomático, con actuación preferente en hospitales y orienta da hacia la especialización; la cobertura es mínima, preferentemente para la población urbana activa, con costos máximos y con deficiente servicio a nivel de contacto primario y apenas regular a nivel de segundo y tercero"<sup>5</sup>.

"El suprasistema actual ha originado un modelo de salud caracterizado por acciones en grandes instituciones hospitalarias, primordialmente de segundo y tercer niveles de atención prestadas por especialistas que atienden "casos raros" o complicados de problemas que debieron resolverse y/o prevenirse en el primero o segundo niveles; lo cual no acontece por carencia de instituciones y recursos humanos"<sup>6</sup>.

En el plan de estudios de la carrera de medicina de la UAM Xochimilco, encontramos los siguientes conceptos:

En la introducción reconoce la influencia recíproca que existe entre sistemas de atención de la salud e instituciones formadoras de recursos humanos para la misma, ambas determinadas por la estructura socioeconómica del país, y hace una inferencia: dicha estructura está en crisis, traduciendo en -

---

5 Ibid., pág. 9

6 Ibid., pág. 13

crisis dentro, que se expresa en una insuficiente cobertura asistencial; calcula que sólo se atiende al 50% de la población del país y existe una inclinación hacia la medicina curativa, dos elementos que aplican la ineficacia de la medicina para atender los problemas en el área de la salud, situación que por su parte presiona el estrecho mercado de trabajo y -- agrega:

"La UAM Xochimilco pretende contribuir a dar salida a la crisis, a través de un modelo de formación de recursos humanos que genere médicos altamente capacitados para dar atención integral a la salud, tanto en el área curativa, como en el prevención de la enfermedad, promoción a la salud y rehabilitación a la invalidéz"<sup>7</sup>.

En el punto 2 del inciso A del mismo plan de estudios, - menciona que su objetivo es formar recursos humanos capaces - de: "Planificar, organizar, administrar y evaluar los problemas básicos de salud en el primer nivel de atención, con énfasis en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, en programas de:

- Atención materno-infantil
- Higiene escolar
- Atención integral al adulto
- Educación en salud a la población.

"B. Contribuir a los programas de ampliación de cobertura de las instituciones médico-asistenciales en las áreas de investigación, programación, administración, operación y evaluación de núcleos de población a cubrir"<sup>8</sup>.

---

7 Plan de estudios de la carrera de medicina. UAM Xochimilco. p. 7

8 Ibid., pág. 9

El plan de estudios de la ENEP Zaragoza es lacónico, de entrada conceptualiza al médico a formar sin mediar argumentación alguna. La ENEP Iztacala con una serie de imprecisiones en la caracterización de nuestro país fundamenta sus metas y objetivos. Quizás sea el plan de la UAM Xochimilco el que -- con más precisión y con un lenguaje más claro fundamenta sus objetivos, pero todos de una u otra manera recogen el espíritu de las reuniones convocadas por la OPS e integran la necesidad de preparar médicos generales con orientación hacia la prevención de las enfermedades, aunque claro, como profesionales de la salud deben estar capacitados para tratar las enfermedades una vez que éstas se presenten y en su caso a rehabilitar a los pacientes que sufran las secuelas de esas enfermedades, o sea, deben estar capacitados para actuar en el segundo y tercer nivel. Otra característica, tales acciones se deben inclinar por las enfermedades de mayor incidencia en la población del país,<sup>9</sup> que no requieren de especialización, ni ser tratadas en grandes hospitales.

### Medicina Comunitaria

A lo largo del capítulo II vimos repetirse la consigna - de hacer medicina comunitaria teniendo al médico como el coordinador, como la cabeza del equipo que vá a llevar a cabo tales acciones, la respuesta de las escuelas es la siguiente:

En el plan de Zaragoza las acciones que el médico debe - en la planeación de programas encontramos el siguiente objetivo:

---

<sup>9</sup> Según las estadísticas los problemas que más se presentan en la población son enfermedades diarreicas, problemas derivados del parto, mortalidad infantil entre otras.

"1.0 Identificar necesidades de salud a través de obtener y - analizar datos de morbi-mortalidad de la comunidad tomando en cuenta las condicionantes de daño"

En el diagnóstico:

"1.0 Distinguir normalidad de anormalidad de las áreas biológicas, psicológica y social del individuo y de la comunidad

1.1 Aplicar el concepto de historia natural de la enfermedad (HNE) a la clasificación e interpretación de los casos - individuales y comunitarios.

2.0 Elaborar el diagnóstico integral, individual y comunitario de las principales enfermedades del país".

Prevención primaria:

"1.0 Aplicar las medidas de prevención primaria... de acuerdo a la determinación de riesgos y daños en los individuos, las familias y las comunidades".

Tratamiento:

"1.0 Elaborar el plan de tratamiento de acuerdo al diagnóstico elaborado, la posición socioeconómica del paciente, - la optimización de recursos y los códigos éticos de la - comunidad y de la profesión"<sup>10</sup>.

---

10.- Plan de estudios... Zaragoza., pág. 4.

Como observamos en cada uno de los grupos de acciones se filtran objetivos que hacen referencia al trabajo con la comunidad, ya que en ninguna parte del plan se hace explícito la formación hacia este tipo de medicina en los estudiantes. En donde encontramos expuesto tal propósito es en el objetivo -- 2.0 del grupo V de acciones: Comunicación y didáctica:

"2.0 Utilizar los principios didácticos en la aplicación de - medida preventivas, en el desarrollo de la comunidad y en el adiestramiento de otros integrantes del equipo de salud"<sup>11</sup>. Este objetivo es rico en la información que - buscamos, pues alude a varias de las consignas expuestas con anterioridad: educación para la prevención, desarrollo de la comunidad y trabajo en equipo, sobre este último abundaremos posteriormente.

La situación en el plan de Iztacala no varía, así encontramos que las acciones que el médico debe ejecutar se divi- den en 6 grupos los que a su vez se desglozan en objetivos, - algunos de ellos hacen referencia a la comunidad, veamos:

"2.6 Enunciar las causas más frecuentes de morbimortalidad en la comunidad y en el país, y aplicar las probabilidades de ocurrencia de determinados eventos de enfermedad en - base a variables ecológicas, públicas y económicas (sic) dentro del medio en que actúa...

4.2 Reorganizar la conducta habitual preventiva, diagnóstica y terapéutica, ante cada caso específico, individual y -

---

11 Ibid.

de urgencias en su comunidad.

- 4.3 Describir y ejecutar las actividades que debe realizar - en el programa de medicina de la comunidad en la que trabaje...
- 5.6 Aplicar los principios didácticos y usar los medios básicos audiovisuales en la aplicación de las medidas preventivas y en el desarrollo de la comunidad...
- 8.0 Enunciar y ajustarse a los códigos éticos de la comunidad y de la profesión"<sup>12</sup>.

El plan de estudios en la UAM Xochimilco aborda la problemática mediante el siguiente objetivo:

"Prestar servicio a la comunidad a través de:

Diseño y operación de sitios de trabajo tales como: hospitales, clínicas, centros de salud, etc.

- asesoramiento técnico
- difusión cultural y científica."<sup>13</sup>

Ahora bien, el trabajo en la comunidad se liga directamente a otra instancia, la familia, ya que según se maneja en las dos primeras escuelas, es la vinculación del individuo y su sociedad, "la familia es el núcleo de la sociedad"; los padecimientos de cada individuo tienen referencia inmediata en su desenvolvimiento familiar, por tanto, hacer medicina comunitaria sin tomar en cuenta a ésta instancia implica prescindir

---

13 Plan de estudios... Xochimilco., op. cit. pág. 10

de un eslabón de la cadena, implica prescindir de la explicación de las causas de los padecimientos de cada individuo, y viceversa, para poder explicarse una epidemia o un padecimiento generalizado en la población (comunidad) se debe conocer cómo viven las familias: ocupación, ingreso, vivienda, religión, etc.<sup>14</sup>

Recomendación que no está ausente en las reuniones de la OPS, recojamos un ejemplo del capítulo II, dice, refiriéndose al médico a formar,"...a) ver al paciente como miembro de la familia y no aislado de su contexto y b) considerar los medios preventivos como parte integrante de la práctica médica, aprendiendo a tomar parte en el mantenimiento de la salud mediante consejos a la familia..."<sup>15</sup>

Las escuelas que estamos analizando recogen de alguna manera el planteamiento; Zaragoza lo hace de esta manera:

"4.0 Identificar el riesgo específico del grupo familiar"<sup>16</sup> - Cabe mencionar un seminario incluido en el 3er. año de la carrera llamado estudio integral de la familia, seminario que se instituyó para comprobar la tesis de que es un núcleo familiar donde se encuentra la explicación del padecimiento de los individuos.

Por su parte, en el plan de Iztacala encontramos estas referencias:

"3.1 Enunciar el riesgo específico del grupo familiar..."

14 Hallamos nuevamente las huellas del análisis funcionalista donde evita analizar a la sociedad por su composición en clases sociales y se recurre a otro tipo de categorías como familia; Según Cristina Laurell, la categoría clases social es fundamental para la explicación de la determinación del proceso salud-enfermedad de un grupo dado. Vease laurell, Cristina. La salud enfermedad como proceso social. En rev. Latinoamericana de salud No. 2. Ed. Nueva Imagen.

15 Hemos hecho referencia a esta cita en la pág. 36 del capítulo II.

16 Plan de estudios... Zaragoza., op. cit. pág. 2.

- 5.1 Conducir una entrevista a nivel personal y familiar"<sup>17</sup>. Destaquemos de pasada que, cuando se inicia la implementación de éste tipo de planes (modular con carga hacia la medicina comunitaria) se le conoció como medicina familiar comunitaria, así hallamos referencia en los documentos sobre el "Programa de medicina general integral", mejor conocido como "Plan A-36", escuela dependiente de la facultad de medicina de la UNAM.

### Trabajo en equipo

En la segunda parte de la conceptualización que se hace del médico en el plan de Zaragoza, se agrega:

"...Forma parte del equipo de profesionales que dan atención a la salud y sus funciones estan delimitadas por la íntima relación con las funciones de los demás integrantes del equipo" ...Más adelante, algunos objetivos recogen la intención.

"4.0 Organizar sus actividades médicas en conjunción con los demás integrantes del equipo de salud...

"Referir los casos que ameriten la consulta con otros integrantes del equipo de salud..."<sup>18</sup>.

Mientras que el plan de Iztacala se refiere al caso de esta manera:

"7.0 Tener los hábitos de trabajo interdisciplinarios en equipo: con el personal paramédico, con otros especialistas de otras disciplinas científicas conectadas con la salud;

---

17. Plan de estudios...Iztacala., pág. 4-5.

18 Plan de estudios...Zaragoza., op. cit. pág. 1-3

valorar sus limitaciones y responsabilidades con el paciente y con otros miembros del equipo"<sup>19</sup>.

El plan de estudios de la UAM Xochimilco, cuando se refiere al tipo de profesionales que se proponen formar, agrega: "Por ésto mismo, el egresado deberá estar capacitado para - - abordar los problemas de la salud tanto a nivel individual como a nivel colectivo, en la diferentes áreas geográficas y sitios de trabajo donde se encuentren y puedan ser atacados en forma inte-disciplinaria..."<sup>20</sup>

Recordemos que el trabajo en equipo es una condición indispensable en la formación del médico, pues en la comunidad en la que se va a desempeñar tendrá que trabajar o mejor dicho, coordinar un equipo de profesionales. Es oportuno aclarar que en los planes de Zaragoza e Iztacala se hace referencia a dos tipos de equipo con el que vincula el médico general aquel equipo, propio del trabajo de desarrollo de la comunidad, integrado por diversos profesionistas de disciplinas - diferentes, por ejemplo: ingenieros, antropólogos, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, etc. Al otro equipo que - se refiere es el que se integra por los responsables de los - diferentes niveles de atención médica, o sea un equipo propiamente de médicos actuando a diferentes niveles de atención; - estos niveles lo ilustran gráficamente en una forma piramidal en cuya base se encuentra el médico general, previniendo las enfermedades y dando consulta externa; en la siguiente escala se encuentra la hospitalización general; para que en la cúspide se ubique a la hospitalización de especialidades. Por lo mismo se hace hincapié en la capacidad del médico general pa-

---

19 Plan de estudios...Iztacala., op. cit., pág. 6

20 Plan de estudios...UAM Xochimilco., op cit., pág. 8

ra derivar pacientes hacia otros niveles de atención, en - -  
otras palabras, sólo pasaran aquellos pacientes que realmente  
lo ameriten. Planteamiento que se encuentra relacionado ínti-  
mamente con la organización que se hace de los servicios de -  
salud regionales; que van desde la instalación de puestos mé-  
dicos atendidos por una enfermera o un técnico en medicina en  
los poblados más pequeños, hasta los llamados hospitales de -  
concentración, ubicados en centros de mayor densidad poblacio-  
nal y de mayor accesibilidad en la región, donde se canalizan  
los casos que no son posibles de atender localmente.

Evidentemente, todo lo hasta aquí mencionado lleva a la  
consideración de que la intención es formar personal que sea  
capaz de desempeñarse en las instituciones públicas, los re-  
cursos humanos que requiere nuestro país, de ahí que ellos de-  
ben conocer la situación de salud del mismo y los tipos de --  
servicios médicos con que cuenta. Esto es, el médico en cues-  
tión debe:

"Identificar necesidades de salud a través de obtener, preci-  
sar y analizar datos de morbilidad de la comunidad toman-  
do en cuenta los condicionantes de daño...

"Obtener información epidemiológica y de uso de recursos y co-  
municarla a la institución responsable"<sup>21</sup>.

"Enunciar las causas más frecuentes de morbilidad en la  
comunidad y en el país y aplicar las probabilidades de ocu-  
rrencia de determinados eventos de enfermedad en base a va-  
riables ecológicas, públicas y económicas (sic) dentro del -  
medio en que actúa"<sup>22</sup>.

---

21 Plan de Estudios...Zaragoza., op. cit. pág. 1-3

22 Plan de estudios...Iztacala., op. cit. pág. 3

"Conocer cabalmente las diferentes instituciones médico-asistenciales del país, fundamentalmente en los primeros niveles de atención"<sup>23</sup>.

Esta capacidad no la dan las llamadas ciencias básicas dentro de la carrera de medicina (Anatomía, Fisiología, bioquímica, etc.); ni las disciplinas clínicas (todas las que se refieren a la atención del paciente dentro de la clínica). Es necesario, por un lado recurrir a las disciplinas auxiliares de la Salud Pública, principalmente la Epidemiología, que es una disciplina que se encarga de estudiar la producción y distribución de las enfermedades en los grupos sociales. Aquello que en salud pública se conoce como Método epidemiológico no es más que un conjunto de técnicas que se utilizan para -- diagnosticar la situación de salud de una población dada, -- aplicando las reglas del método científico, armada de una teoría de la salud-enfermedad en la cual subyace el análisis funcionalista conocida como historia natural de la enfermedad auxiliándose básicamente de la estadística. Por otro lado, no descartar la utilización de las ciencias sociales y de la conducta (Sociología, Antropología, Psicología, básicamente) para poder tener un panorama de la situación de salud del país y de la "comunidad" en que se desempeña el médico. Pero estas disciplinas tienen otra finalidad primordial, proveerle al estudiante y al profesional de la medicina de los conocimientos e instrumentos para "penetrar" en las comunidades y ser sus líderes -como se menciona en el capítulo II. Es de esperarse entonces que los planes de estudio en cuestión se incluyan estas disciplinas.

---

23 Plan de estudios...UAM-Xochimilco., op. cit. pág. 9

En Zaragoza en los dos primeros años de la carrera se --  
contempla una carga de 6 horas semanales de Epidemiología, -  
aunque en los hechos ésta se prolonga a 9 horas (4 teóricas -  
en el aula y 5 para la práctica). Mientras que Sociología y  
Psiquiatría tienen una carga de 2 y 3 horas semanales respec-  
tivamente durante el primer año. <sup>24</sup>

Aunque en el plan de estudios de Iztacala no se mencio- -  
nen las disciplinas, pues la enseñanza es modular, <sup>25</sup> dentro -  
del 1er. ciclo (equivalente al 1er semestre) se incluye el mó-  
dulo de Introducción, que tiene como objetivo entre otros: --  
"Explicar las implicaciones del concepto de hombre como uni-  
dad bio-psicosocial.

"Describir el panorama de salud en México"<sup>26</sup>.

Entre los temas que se abordan, se encuentran:

- "- Generalidades de Antropología.
- Componentes biológicos y socioculturales de la personali-  
dad.
- Humanismo en la medicina moderna. El hombre como unidad --  
bio-psicosocial.
- El aprendizaje de las situaciones académicas"<sup>27</sup>.

Dentro del plan de la UAM Xochimilco, tampoco se hace se  
paradamente la inclusión de las ciencias sociales, esto más -  
bien se hace evidente en el abordaje integrado de los temas -  
dentro de cada módulo, por ejemplo encontramos módulos como:  
El hombre y su ambiente, salud y actividad económica primaria,

---

24 Plan de estudios..., Zaragoza., pág. 17-24

25 Más adelante se abundará sobre la enseñanza modular.

26 Plan de estudios..., Iztacala., pág. 21

27 Ibid., pág. 22.

secundaria y terciaria, etc. 28

### Historia natural de la enfermedad (HNE)

Hemos adelantado algunas características de la HNE, pero hay necesidad de abundar más al respecto; la teoría de la HNE es una explicación armada en los Estados Unidos para dar cuenta sobre la causalidad de la salud-enfermedad; sus dos grandes bases son la teoría ecológica y la teoría de sistemas para hablar de un ecosistema, considerando al hombre como ser eminentemente natural que se inserta en el engranaje del ecosistema, con ésto se "naturaliza" la interpretación del proceso humano, ésto es, coloca en el mismo plano todas las manifestaciones de la vida del hombre. "El medio ambiente humano incluye no sólo elementos bióticos, climáticos, geológicos y geográficos, sino también aspectos de su cultura"<sup>29</sup> Según esta teoría el hombre se encuentra dentro de un ecosistema reconocida como medio ambiente, una interpretación natural-ahistórica del hombre, pues incluye o mejor dicho escamotea el carácter histórico-social del hombre, reduciendolo a su dimensión animal, de ahí que hable de una historia natural de las enfermedades, pues consideran que la enfermedad es una manifestación eminentemente natural. Para poder explicar la generación de las enfermedades echa mano de la famosa trilogía huésped (hombre), agente (virus, bacterias, etc.) y medio ambiente, teoría conocida como la tríada ecológica. Según la HNE la enfermedad en los individuos pasa por 3 períodos, a saber: el prepatogénico, es decir, cuando la enfermedad ya se contrajo pero que todavía no se manifiesta; el patogénico, el

28 Plan de estudios... UAM Xochimilco., pág. 18-21

29 Citado por Breihl, Jaime en "Epidemiología: Economía, medicina y política". Santo Domingo. 1980. pág. 87.

período de manifestación de la enfermedad; y el post-patogénico, cuando la enfermedad ya pasó, con todas sus secuelas: la recuperación total, parcial o la muerte del individuo. Desde esta perspectiva al médico le es posible intervenir en cualquiera de los tres períodos con la prevención, el tratamiento, o la rehabilitación, con amplias ventajas en el primer nivel según los apologistas de esta teoría.

Es evidente el carácter ideológico de esta teoría al reducir todo a lo natural "..., se sobreentiende que de ser necesaria la aplicación de medidas de salud, éstas deben ser de carácter biológico, para devolver la funcionalidad del animal-hombre que está enfermo. Esta conclusión es doblemente útil al capitalismo porque esconde las profundas diferencias de clase que resultan de una organización productiva que ha impuesto al hombre un valor de cambio y segundo porque permite restaurar las condiciones biológicas para que ese valor de cambio -- (fuerza de trabajo) se sostenga en el mercado"<sup>30</sup>. Plantea que en el desarrollo del hombre sólo han influido factores de carácter natural, sin que medie la organización social del hombre, poniendolo como víctima indefenso de los desequilibrios de la naturaleza, "...los 'factores ambientales' y los 'factor humano' entonces se puede actuar sobre ellos con medidas de tipo ecológico sin necesidad de modificar la organización social..."<sup>31+</sup>.

Tal es pues la naturaleza de la HNE, la hemos expuesto con cierta amplitud con la intención de que contribuya a explicar las influencias en la educación médica emergente en nuestros países, a encontrar las determinaciones de la formación del médico en América Latina. La OPS hace hincapié en --

---

† En la actualidad existen ya teorías que demuestran el carácter histórico-social del proceso salud enfermedad y se pone en evidencia en carácter ideológico de la HNE. Vease por ej. Laurell Cristina en *La salud en enfermedad como proceso social*, op. cit.

30 Breihl, Jaime. *Epidemiología, economía y...*, op. cit. pág. 89.

31 Ibid. pág. 90.

tre sus recomendaciones la inclusión en el currículum de la enseñanza médica a la HNE como esquema para explicar la generación de las enfermedades. Y así lo encontramos en los planes de estudio analizados:

En el plan de Zaragoza se aborda de la siguiente manera: "Aplicar el concepto de historia natural de la enfermedad a clasificación e interpretación de los casos individuales y comunitarios"<sup>32</sup>.

En el plan de estudios de Iztacala se formula: "Enunciar y aplicar el concepto de historia natural de la enfermedad en la clasificación de los casos individuales de enfermedad."<sup>33</sup>

Aunque en el plan de estudios actual de la UAM Xochimilco no hallamos referencia alguna sobre la HNE, sí estuvo incluido tal enfoque en uno de sus módulos, en el plan de estudios de la primera generación.<sup>34</sup>

Se adoptan también conceptos como normalidad y anormalidad, visión estática y empirista de los procesos vitales del ser humano, hay que decir que es dominante esta visión en el campo de la medicina actualmente. Normalidad cuando el individuo no presenta manifestación alguna de enfermedad y anormalidad cuando ésta se hace presente. Algunos autores han demostrado lo relativo que es históricamente tal concepto, que la cualidad se asigna según sean las necesidades de la clase dominante, pongamos ejemplos, en la sociedad griega, la clase dominante que tenía asegurado sus privilegios por medio del trabajo de los esclavos, podía dedicarse entre otras cosas a

---

32 Plan de estudios...Zaragoza., pág. 1

33 Plan de estudios...Iztacala., pág. 1

34 Vease Plan de estudios...UAM Xochimilco., op. cit. pág. 15-21

cultivar la belleza física, en esa sociedad era más importante no tener mutilaciones en el cuerpo, procurando restituirlo cuando alguna parte faltara o estuviera deformada ésto debía ser así aunque esos miembros restituidos no tuvieran ninguna utilidad práctica; en la sociedad feudalista la normalidad estaba en función de criterios religiosos; mientras que en la sociedad capitalista la normalidad estará en función de la capacidad productiva del individuo, será considerado enfermo -- cuando no esté en la capacidad de trabajar.<sup>35</sup>

Concepto que también se recomienda en la literatura de la OPS para su inclusión en la currícula de las carreras de medicina, observemos cómo se recogen tales recomendaciones en los planes de estudio analizados:

ENEP Zaragoza:

"Distinguir normalidad de anormalidad de las áreas biológica, psicológica y social del individuo y de la comunidad"<sup>36</sup>.

ENEP Iztacala:

"Distinguir entre normalidad y anormalidad, entendida esta última como una manifestación del desequilibrio homeostático en los territorios biológico, psicológico y social"<sup>37</sup>.

UAM Xochimilco:

Dentro del plan de estudios de la primera generación encontramos una referencia al respecto con un módulo llamado "Lo -

---

35 Conti, Laura, Estructura social y medicina. Medicina y sociedad. Sto. Domingo. 1977. Ed. Alfa y Omega. pág. 29-45.

36 Plan de estudios...ENEP Zaragoza., pág. 1

37 Plan de estudios...ENEP Iztacala., pág. 3

normal y lo patológico I y II" aunque abordado desde una perspectiva más crítica, empero, con las modificaciones hechas -- posteriormente a dicho plan, tal módulo fué descartado.<sup>38</sup>

Considerar al hombre integralmente consigna la OPS, es decir, verlo en sus tres esferas: el biológico, el psicológico y el social. A estas alturas ya es difícil negar la determinación de la organización social del hombre en sus procesos vitales, por lo que la corriente dominante en la medicina a riesgo de ver descubierto su papel real (ideológico), "reconoce" los aspectos psicológicos y sociales del hombre; pero, en el "pecado está la penitencia", incorpora lo social para esfuermarlo dentro de todo aquello que reconoce como medio ambiente, con ésto "naturaleza" lo social, pues si bien lo menciona dentro del concepto "factores del ambiente", éste no adquiere su real dimensión, "se ecologiza lo social", dirían los críticos; ejemplifiquemos en un problema con dimensión social: el caso de la desnutrición, cuando se trata de explicar el problema desde esta perspectiva se dice que es por falta de educación para consumir los alimentos nutritivos; que es por hábitos deformados, por tradiciones culturales; pero inevitablemente la explicación conduce hacia las reales causas del problema, es decir, que la alimentación se condiciona por el carácter clasista de la sociedad, que la producción de los alimentos pasa por problemas de tenencia de la tierra, etc.; -- cuando la explicación del problema tiende a evidenciar el carácter de la sociedad, tienen el recurso de decir que tal problema es factor del medio ambiente y ahí se queda la explicación. En estos planes de estudio no se excluye la necesidad de la "visión integral del hombre", ya lo vimos en los objetivos citados anteriormente.

---

38 Plan de estudios...UAM Xochimilco., pág. 11 y 12

## b) CONTENIDOS CURRICULARES.

A continuación analizaremos los contenidos temáticos de cada plan de estudios; se harán por separado dado que existen diferencias en cada uno de ellos.

### ENEP Zaragoza

La carrera de médico cirujano (plan modular) en la ENEP Zaragoza tiene una duración de 4 años; según detectamos se compone de dos etapas; la primera etapa, es decir los dos primeros se enfocan hacia la medicina de primer nivel, esto es, de atención a población sana, hacia la prevención de las enfermedades mediante pláticas de promoción de la salud básicamente; mientras que el segundo nivel, o sea, los dos últimos años se destina para la práctica en segundo nivel de atención, esto es, a enfermos en consulta externa y enfermos hospitalizados. Por tanto, los contenidos teóricos que se revisan y las prácticas que se realizan se enfocan según la etapa en que el estudiante se encuentre. Cada año escolar se compone de diversos módulos, módulos que se componen de actividades teóricas y prácticas, siendo de actividades y contenidos simples y sencillas a actividades y contenidos más complejos. Los contenidos de los dos primeros años van orientados hacia el estudio de los organismos en condiciones "normales", entremos un poco en detalles:

#### 1er. año.

Se compone de dos grandes módulos:

El módulo "El hombre y su ambiente" que tiene como finalidad ubicar al individuo en el medio en que se desenvuelve, --

considerandolo como un ser integral (bio-psico-social) e iniciar al alumno en el conocimiento y aplicación del método - científico; lo induce a conocer los problemas nutricionales, "sustrato de las principales enfermedades del país"; lo induce a estudiar" el sistema ecológico y sus interrelaciones con el ser humano". El módulo "Crecimiento y desarrollo". Tiene como finalidad explicar al alumno la evolución del organismo humano "desde la etapa embrionaria hasta su maduréz"; adiestrarlo a prevenir las enfermedades cuyos riesgos" aparecen en las edades tempranas del ser humano" <sup>39</sup>.

#### 2do. año

Basa el enfoque de sus módulos en lo que el Dr. Jorge Andrade reconoce como "proceso biológico básico del ser humano". Esto lo aborda desde la perspectiva de la teoría de sistemas, según esto, el cuerpo humano está compuesto de sistemas que son los que desempeñan esos procesos biológicos básicos. Así tenemos que durante todo ese año se abordan 6 módulos correspondientes a la misma cantidad de sistemas, a saber:

Módulo de piel y músculo esquelético.

- " " digestivo.
- " " cardio-vascular-respiratorio.
- " " genito-urinario.
- " " endócrino.
- " " Nervioso y personalidad.

Y tienen como finalidad introducir al estudiante en el conocimiento y composición de los aparatos y sistemas, para que en un paso posterior tengan la capacidad de detectar las posi

---

39 Plan de estudios...Zaragoza., pág. 9-13.

bles anormalidades de los mismos. También en este año se les adiestra para la aplicación del método clínico y del método epidemiológico, así como a prevenir las principales enfermedades, éste último corresponde al trabajo en comunidad.<sup>40</sup>

### 3er. año (primer año del segundo nivel)

Consta de dos módulos: "Atención médica de consulta externa" y Fisiología experimental I". Su finalidad es adiestrar al alumno en el diagnóstico de los pacientes, indicación de los tratamientos, de las medidas preventivas y rehabilitatorias según sea el caso; el dominio de estas actividades le permitirá a los niveles necesarios de los servicios de salud cuando el caso no sea de su competencia. Recordemos que su formación es en medicina general.<sup>41</sup>

### 4to. año.

Consta de 3 módulos: "Atención médica de urgencias y hospitalización". "Medicina legal" y "Fisiopatología experimental II", y tienen como finalidad adiestrar al alumno en el diagnóstico, indicar tratamiento, prevenir complicaciones e indicar medidas rehabilitatorias en los servicios de urgencias y hospitalización; además deben aprender a canalizar a los pacientes a los servicios correspondientes cuando el caso no sea de su competencia.<sup>42</sup>

### ENEP Iztacala.

La carrera de médico cirujano de la ENEP Iztacala tiene una duración de 5 años, componiéndose de 10 ciclos, cada ci-

40 Plan de estudios...Zaragoza., pág. 38-40

41 Ibid., pág. 88-90

42 Ibid., pág. 135-136

clo a su vez se compone de distintos módulos, Dentro de los primeros cuatro ciclos (equivalente a los dos primeros años) se localizan 3 tipos de módulos: los teóricos, los metodológicos y los prácticos.

Composición del primer ciclo.

Módulo Introducción, su finalidad, presentar al alumno conceptos sociológicos, antropológicos e históricos sobre el - - ejercicio profesional de la medicina. Introduce también el - elemento de psicología, didáctica y administración que posibilitan la comprensión de la nueva metodología del aprendizaje.

Módulo de Generalidades. Proporciona las bases teóricas - para las subsecuentes actividades. Refiere que tiene como - - eje de estudio la visión del "hombre como una unidad bio-psi-co-social", abordados bajo la pauta metodológica de la HNE.

Módulo de instrumentación. Tiene como finalidad capacitar al estudiante "en la comprensión y aplicación del método científico y en el entrenamiento básico del manejo de los instru-mentos y técnicas usuales de laboratorio que le permite resolver de salud tanto en laboratorio como en la clínica".

Módulo práctica clínica. Tiene como finalidad capacitar - al estudiante en la resolución de problemas que son de la competencia del médico general, iendo de lo más simple a lo más complicado.

Este módulo se prolonga a lo largo de los tres siguientes ciclos.<sup>43</sup>

---

43 Plan de estudios...Iztacala., op. cit. pág. 21-31.

## Ciclos II, III y IV.

Sus módulos abordan al cuerpo humano desde el enfoque de sistemas, a saber:

Módulo de sistema nervioso.			
"	"	"	Osteomuscular.
"	"	"	Endócrino.
"	"	"	cardiovascular.
"	"	"	respiratorio.
"	"	"	linfhemático.
"	"	"	digestivo.
"	"	"	urogenital.
"	"	"	tegumentario. <sup>44</sup>

## Ciclos V y VI

Tiene la función de integrar a aquellos conocimientos y -- habilidades que el estudiante adquirió en ciclos anteriores, predomina el módulo clínica integral, complementandose con -- dos módulos más: de administración y pedagogía que apoyan el logro de las capacidades profesionales, pero fundamentalmente su tendencia es hacia la preparación para la administración -- de recursos humanos en salud y para la enseñanza en ciencias de la salud respectivamente.<sup>45</sup>

## Ciclos VIIy VIII

Se componen de un módulo de clínica integral cada uno.<sup>46</sup>

---

44 Ibid., pág. 32-50

45 Ibid., pág. 16

46 Ibid., pág. 107

## Ciclos IX y X

"Contempla la enseñanza de la clínica por áreas de medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y comunidad, y tiene como función primordial complementar los conocimientos y habilidades de los alumnos para que, esten capacitados para resolver problemas de salud que marcan los objetivos terminales de la carrera"<sup>47</sup>.

Los módulos de los ciclos IX y X son:

Medicina interna  
Cirugía general  
Gineco-obstetricia  
Pediatría.  
Comunidad.

## UAM XOCHIMILCO

La carrera de medicina en la UAM Xochimilco se cursa en 15 trimestres. El primer trimestre corresponde al módulo de "Conocimiento y sociedad" y es cursado interdivisionalmente, esto es, la UAM Xochimilco se integra por dos grandes divisiones: el área de ciencias sociales y humanidades y el área de ciencias biológicas y de la salud, este módulo es compartido en un tronco común con todas las carreras de las divisiones antes señaladas. En el segundo y tercer trimestres se abordan los módulos "procesos celulares fundamentales" y "Energía y consumo de sustancias fundamentales", módulos que se comparan con todas las carreras de la división de ciencias biológicas

---

47 Ibid., pág. 16

cas y de la salud en un tronco divisional. No es sino a partir del cuarto semestre que la carrera de medicina se aborda independiente, con módulos específicos orientados hacia el tipo de profesional que se proponen formar. A continuación - - transcribimos textualmente la descripción de los contenidos - de cada módulo ante la imposibilidad de resumirlos más.

Módulo "El hombre y su ambiente". Caracterización de una comunidad. Identificación y selección de indicadores de salud y análisis de una comunidad a través de dichos indicadores, así como de los recursos de la misma para elaborar un -- plan de salud e individual.

Módulo "El hombre y su medio interno". Caracterización -- del individuo en su comunidad. Identificación y selección de indicadores de salud y análisis del individuo a través de dichos indicadores, así como de los recursos individuales desde el punto de vista de sistemas de integración funcional.

Módulo "Reproducción". Análisis del proceso de reproduc-- ción a nivel de la población mundial y nacional, y de la pareja humana (conducta sexual, embarazo, parto).

Módulo "Crecimiento y desarrollo del infante y preescolar" Analisis de los factores intrínsecos y extrínsecos que intervienen en el crecimiento y desarrollo biológico del individuo y su adaptación social, a través de su estudio en la etapa infantil y preescolar.

Módulo "Crecimiento y desarrollo del escolar y del adoles-- cente". Análisis de los factores intrínsecos y extrínsecos que intervienen en el crecimiento y desarrollo biológico del individuo y de su adaptación social, a través de su estudio en la etapa de la vida escolar y adolescente.

Módulo "Salud y actividad económica primaria". Análisis de la calidad y tipo, de atención a la salud, fundamentalmente en el medio rural. Investigación sobre el estado de salud enfermedad en el campo.

Desarrollo de técnicas, procedimientos y planes de salud específico en función al tipo de productividad de la comunidad analizada.

Módulo "Salud y la actividad económica secundaria". Análisis de la calidad y tipo de atención a la salud del hombre, a través la enfermedad y riesgo profesional y su relación con la productividad secundaria (industrialización).

Estudio de las características y tipos de incapacidad por riesgo profesional en la industria.

Módulo "Salud y actividad económica terciaria". Análisis de la calidad y tipo de atención a la salud del hombre con énfasis en la prestación de servicios (actividad económica terciaria).

Planeación dirección y administración de sistemas de salud con énfasis al servicio a la comunidad, prácticas de laboratorio, revisión de conceptos, centros de servicios y hospitales.

Módulo "Programa materno infantil". Planificación, organización, administración y evaluación de programas básicos de atención a la salud en los niveles de prevención, atención y rehabilitación con énfasis en la mujer en la edad productiva, y de prevención de invalidez de acuerdo a la morbilidad más frecuente en el niño.

Módulo "Programa de higiene escolar" Planificación, organización operación, administración y evaluación de programas básicos de atención a la salud en los niveles de prevención, -- atención y rehabilitación con énfasis en el medio escolar.

Módulo "Programa de atención integral al adulto". Planificación, organización, operación, administración y evaluación de programas básico de atención a la salud, con énfasis en el adulto con enfermedades infecciosas, neoplásicas, degenerativas y/o complicadas, tanto en grupos marginados como en gru--pos productivos.

Módulo "Programa de educación en salud". Planificación, - organización, operación, administración y evaluación de programas básicos de: educación y participación en la formación de recursos para la salud, abordando los programas de educación a diversos niveles del equipo de salud y de la pobla- - ción.<sup>48</sup>

Hasta aquí la revisión de los planes de estudio, en la medida de nuestras posibilidades hemos tratado resaltar y explicitar la relación existente entre las políticas de la OPS y - los planes de las carreras de medicina en las tres escuelas - que se abordan en este trabajo, a propósito se incluyeron los contenidos de los mismos, ya que de una lectura detenida podremos reafirmar la hipótesis adelantada, en el sentido de -- que, es mediante estos tipos de planes de estudio que nues- - tras escuelas responden a las demandas del organismo panamericano.

---

48 Plan de estudios...Xochimilco., pág. 32-35.

### c) INNOVACION EN LOS METODOS DE ENSEÑANZA.

Pero aquí no se acaban los requerimientos de ese organismo, recordemos que consideraban que de no haber cambios en los métodos tradicionales de enseñanza, difícilmente se podrían esperar resultados satisfactorios; se hacían señalamientos concretos de los problemas que se debían superar, por ejemplo: - un tipo de formación que únicamente creaba expectativas de especialización en los egresados; la enseñanza teórica separada de la práctica; la colocación del estudiante como un ente pasivo, receptor de información; la elaboración de los planes de estudios como una suma aislada e inconexa de disciplinas, dejando a la responsabilidad del futuro profesional "armar -- ese rompecabezas" según se lo requiera su campo de trabajo; - el ostracismo de las universidades que, aisladas de la sociedad cultivaban el saber por el saber mismo; la ausencia de investigación tanto formativa como generativa, etc., preocupaciones que también eran compartidas por funcionarios de las universidades de nuestro país.

Tal situación era considerada de suficiente gravedad como para hacer únicamente "cambios de fachada" en nuestras escuelas, según estos personajes, era necesario hacer una revisión a fondo de los métodos de enseñanza e introducir innovaciones apoyadas en los aportes de las ciencias de la educación.

Dentro de este panorama, en la década de los 70 se empieza a hablar del Sistema de Enseñanza Modular (SEM), considera como una innovación en la enseñanza superior, pues con los elementos y premisas que lo integran se replantea desde el papel de las instituciones educativas, hasta el de los educandos. - La literatura que surge en torno al SEM, lo empieza a identificar como un cuerpo integrado de la tríada investigación-do-

cencia-servicio; vinculación de la teoría con la práctica; replanteamiento de la relación universidad-sociedad; carácter -interdisciplinario de enseñanza, replanteamiento del papel -- del estudiante y del profesor entre los componentes más importantes.

En México, durante esa década, se hace familiar en las instituciones nuevas que imparten ciencias de la salud (medicina odontología, enfermería, veterinaria, etc.) el SEM, las tres escuelas que estamos analizando lo adoptan como estrategia para la formación de sus profesionales; con ésto "redondean" el cumplimiento de la serie de peticiones que la OPS hacía a las universidades de nuestros países.

Ahora la pregunta obligada es: ¿cuáles son las características del SEM que lo hacen idóneo para responder a las necesidades más arriba expresadas?

Desde el nivel teórico y desde una conceptualización muy -general, ya que como veremos más adelante cada escuela hace -su conceptualización y aplicación muy particular de este sistema de enseñanza; diremos que cada elemento está concebido -para dar respuesta a cada uno de los problemas antes señaladados.

En cuanto a la tríada investigación-docencia-servicio.

Desde hacía tiempo que se reconocía el carácter cambiante de la realidad, por lo que cualquier información que se impartaiera, por más actualizada que estuviera en ese momento, tarde o temprano quedaba obsoleto, lo más indicado sería entontances que cada estudiante, cada profesionista dominara los métados de producción de información, situación que le garantizaba la posibilidad de actualizarse permanentemente. En el ca-

so particular de los médicos, se les pide conocer bien los -- problemas de salud y los servicios médicos del país, así como la elaboración de los diagnósticos de salud de la población - donde trabajen y ésto sólo se garantiza con la investigación a diferentes niveles. Para el caso de los estudiantes, la investigación se realiza en la realidad misma, no son reproducciones artificiales en los laboratorios, significando un beneficio para el grupo social en donde se realizó, en una primera instancia por el hecho de contar con una información sistematizada y objetiva de su situación, además de que permite a los estudiantes aplicar algunas medidas correctivas segun sus posibilidades y nivel de preparación, lo que se conoce como - la prestación de servicios a la comunidad; los estudiantes -- por su parte asimilan esa información.

Relación teoría-práctica, se supone que en el SEM se in- - vierten los términos, la información se dá en función de la - práctica del estudiante, su práctica va orientada hacia "la - resolución de problemas" o hacia un "objeto de transforma - - ción", para ello debe recibir la información "oportuna, pertinente y relevante". Recordemos que la OPS venía propugnado - la incorporación temprana de los estudiantes de medicina a -- los servicios de salud de la comunidad, el SEM con los dos -- componentes anteriores, permite cumplir con tal demanda, tra- iendo beneficios a ambas partes; por parte de los servicios - de salud, los estudiantes representan un "recurso adicional" y desde el punto de vista de la enseñanza, es un ámbito de -- práctica de los estudiantes. Además, bien escogido el ámbito de la práctica, en este caso la comunidad y las clínicas de - consulta externa, que sólo permiten el ejercicio de la medicina de primer nivel, se pretende condicionar a los estudiantes, habituarlos a desempeñarse a ese nivel; en otras palabras, si desde el principio de la carrera se les estimula a trabajar -

en las comunidades,<sup>49</sup> se espera que con ésto a la postre no se inclinen por la medicina de especialidad, que no es tan necesaria en nuestros países, según ellos. (OPS)

Replanteamiento de la relación universidad-sociedad, con el servicio que los estudiantes prestan a la población: consulta externa, educación para la salud, "planificación familiar", etc. y con los resultados que se supone, obtienen de las investigaciones la universidad se vincula más a la sociedad, incidiendo en los problemas más agudos de la sociedad.<sup>50</sup>

Replanteamiento de la relación maestro-alumno. Como consecuencia del replanteamiento de la relación teoría práctica y de la incorporación de la tríada investigación-docencia-servicio, el estudiante deja de ser un ente pasivo, para convertirse en productor de su propio conocimiento, maniobrando sobre la realidad, resolviendo problemas o transformando su objeto de estudio. Este nuevo papel del alumno hace que el docente deje ser el omnipotente que todo lo sabe y todo lo puede dentro del aula, para convertirse en un elemento más del proceso enseñanza-aprendizaje, que con su mayor experiencia y dominio de la información pueda orientar y coordinar el trabajo.<sup>51</sup> Se supone que este tipo de relación permite a los estudiantes de medicina, aplicar y reafirmar los conocimientos y habilidades adquiridas en los módulos anteriores con la sola coordinación de los docentes.

Interdisciplinariedad, con este recurso, se supone, superan la enseñanza por disciplinas dispersas a lo largo de toda

---

49 Vease a Alvarez Manilla, José Manuel. "Algunas reflexiones sobre el origen del P.G.M.I.". En Memorias del Seminario-taller de análisis del programa de medicina general integral. Fac. de medicina. Agosto de -- 1981. p. 49-51.

50 Ya vimos en el capítulo II quienes son los que determinan cuáles son los problemas y necesidades prioritarias de la población.

51 Panza, Margarita. "La enseñanza modular". En Perfiles educativos No. 30.p.45.

la carrera, cada maestro, dice el plan de estudios de Iztacala elabora su propio programa como si fuese a preparar especialistas en su materia; según, los conceptos fundamentales dentro de la medicina no deben parcelarse, por ejemplo la visión del hombre como un ser integral, un ser bio-psico-social.<sup>52</sup> Recordemos que según los requerimientos, el médico general debe poseer múltiples facetas, que van desde el desempeño de las actividades que le son propias, pasando por orientador de la familia, hasta como organizador de la comunidad, cualidad que le exige poseer una visión integrada e integral de la realidad.

Ya dijimos que estamos haciendo una generalización y una consideración a nivel teórico de los alcances del SEM, que en la realidad cada escuela lo conceptualiza y lo aplica según sus condiciones y necesidades, de manera que la implementación en la carrera de medicina de la ENEP Zaragoza no es la misma que en la carrera de medicina de la ENEP Iztacala y mucho menos en la UAM Xochimilco. Esto es así ya que no existe documento o institución alguna que se adjudique la autoría de un modelo único del SEM que sirva de sustento para su aplicación; si acaso localizamos el punto de partida de las propuestas y es precisamente en la OPS. Prominentes funcionarios de la OPS se encargan de implementar el SEM en México; por el lado de la UNAM tenemos al Dr. José Manuel Álvarez Manilla, fundador del Programa de medicina general integral (plan A-36), caracterizado como uno de los pioneros del SEM en nuestro país. Por el lado de la UAM, encontramos al Dr. Ramón Villareal, a la postre primer rector de la unidad Xochimilco; junto con los doctores Juan César García, Consultor del organismo panamericano y José Roberto Ferreira, jefe de la división

---

52 Plan de estudios...Iztacala., pág. 11-12

de recursos e investigación del mismo, elaboran el conocido - "Documento Xochimilco", donde se establecen las bases y principios para el funcionamiento académico-administrativo de esa unidad Xochimilco de la UAM.

d) CARACTERIZACION DE LA ENSEÑANZA MODULAR EN CADA UNA DE LAS ESCUELAS.

Corresponde en esta parte describir brevemente las características de la enseñanza modular en cada una de las escuelas que estamos analizando.

La ENEP Zaragoza.

La ENEP Zaragoza inició sus actividades el 19 de enero de 1976 incluyendo a la carrera de medicina, cuyo primer año de actividades funcionó con el plan de estudios de la facultad de medicina de la UNAM, mejor conocido como "plan tradicional"; es ya en el segundo año de actividades que se adopta el plan de estudios modular,<sup>53</sup> aplicando el modelo vigente en el plan A-36, y hasta el momento no se ha elaborado un plan de estudios propio, ni existe documento alguno que justifique la implementación de tal tipo de enseñanza, tampoco de la estructura, ni forma de funcionamiento del plan de estudios que se aplica en la carrera de medicina; esta situación nos lleva a recurrir a los documentos del plan A-36 para conocer sus antecedentes, sus relaciones y las influencias que lo llevaron a adquirir las características que posee.

---

53 Torres Hernández, Rosa Ma. Análisis del desarrollo de la enseñanza modular en la ENEP Zaragoza. UFREA. Presentado en "Foro de enseñanza modular en educación superior". Febrero de 1984. ENEP. Zaragoza. UNAM.- pág. 3 y 6'.

En uno de los documentos, los autores refieren, que adoptaron la enseñanza por módulos que sistematiza el conocimiento por áreas, ligado a la solución de problemas ante la dispersión que produce en la atención de los alumnos el estructurar los planes de estudios por asignaturas.<sup>54</sup> Aquí hay dos ideas que nos llaman la atención: estructuración en módulos y resolución de problemas, ideas que revelan una influencia del CLATES,<sup>55</sup> que define al SEM como: "...un sistema de la organización de la enseñanza que tiene como elementos básicos el desempeño de actividades profesionales graduadas a la capacidad de los alumnos, en estrecha correlación con la información pertinente".<sup>56</sup> Según esto, lo fundamental en la formación de los estudiantes es el desempeño de funciones para la resolución de problemas reales, función que requiere de la información (teoría) relevante y pertinente para su desempeño.

El procedimiento anterior permite, según ellos, en el plan de estudios:

"Basarse en objetivos de aprendizaje precisos, congruentes con la realidad...

Armonizar los medios con los medios con los fines, (...) llevar la enseñanza a situaciones reales en la que se enfrentan los problemas que el alumno debe aprender a resolver en cada etapa de sus estudios.

Evitar la separación arbitraria entre la información teórica y práctica de manera que el conocimiento científico sea retenido por el alumno al ser aplicado a un esquema de acción.

---

54 "Programa de medicina general integral" Fac. de medicina. UNAM México. 1978. pág. 4

55 CLATES-UABC. "Enseñanza Modular". México. 1976. pág. 14.

56 Si bien el documento aludido se edita hasta 1976, lo que hace es sistematizar los conceptos y las definiciones del SEM que se venían manejando en algunas escuelas de Odontología del país.

Hacer un cambio hacia una metodología que dé la oportunidad - al alumno a que realice por sí mismo actividades de aprendizaje además de la obtención de información científica".<sup>57</sup> En - estos criterios se condensan elementos de la relación teoría práctica; docencia servicio y subyace una concepción particular de la relación universidad-sociedad.

Para el cumplimiento de los preceptos anteriores, la ENEP Zaragoza con un trabajo de campo que se realiza durante los -- dos primeros años de la carrera, en el cual los estudiantes - se dedican básicamente a desarrollar actividades de promoción y educación para la salud; paralelamente asisten a las clínicas que la misma posee (clínicas multidisciplinarias) para iniciarse en la consulta externa; a partir del tercer año los estudiantes se incorporan al trabajo hospitalario.

#### LA ENEP Iztacala

La ENEP Iztacala también inicia sus actividades en 1976, al igual que en Zaragoza, su primer año de trabajo lo inician con el plan tradicional de la facultad, pero para el siguiente año elaboran su propio plan, adoptando el SEM como modelo de enseñanza. Durante 1977 este nuevo plan se experimenta -- con un grupo reducido de alumnos, y en 1978, adquiere vigen--cia para toda la carrera. Para los autores del plan, lo - -- ideal sería que el aprendizaje se efectuara en un sólo bloque, pero ante tal imposibilidad se recurre a la enseñanza integrada en donde se trata de parcelar lo menos posible la información y los conceptos, tratando de rescatar al máximo posible la integridad de los conceptos fundamentales, mediante una --

---

57 Programa de medicina General integral., op. cit. pág. 3

"... reestructuración de las ciencias básicas en forma integrada y por sistemas (dando) lugar a unidades de aprendizaje que denominaron módulos, entendiéndose éstos como unidades de - - aprendizaje autosuficientes en su contenido, que tiene como - característica el de la interrelación con las demás unidades en sentido horizontal y vertical".<sup>58</sup> En sentido horizontal, se refiere a que debe haber una coincidencia en tiempo y espacio con la información y actividades que se imparten en cada etapa de la carrera; sentido vertical, que prepara a los estudiantes para asimilar los contenidos subsiguientes que, con - ésta lógica los temas y las actividades tienen que ser cada - vez más complejos.

Dividen los módulos que se abordan durante la carrera en 3 tipos: "a) Predominantemente teóricos...b) Metodológicos...c) - Predominantes prácticos".<sup>59</sup> Los módulos teóricos, se supone, proveen la información; los módulos metodológicos proveen los procedimientos, técnicas e instrumentos para el desempeño de los módulos prácticos. Las actividades prácticas de los estudiantes las desarrollan en las escuelas primarias cercanas a la ENEP mediante prácticas de higiene escolar, lo que reconocen como trabajo de comunidad; además asisten al CUSI (clínica universitaria de salud Iztacala) para introducirse paulatinamente en la práctica de la consulta externa. Es notorio el predominio de los módulos teóricos y metodológicos al inicio de la carrera y a medida que va avanzando ésta vemos un creciente predominio de los módulos de práctica clínica.

Como se notará la gran ausente en estas escuelas es la - investigación formativa, elemento esencial del SEM; aunque - -

---

58 Plan de estudios...Iztacala., op. cit., pág. 12-13.

59 Ibid. pág. 13.

había que tomar con reservas el hecho de la integración de -- las áreas de conocimiento, puesto que como nos afirma Roberto Follari, la departamentalización lejos de propiciar la integración, la obstaculiza.<sup>60</sup>

#### La UAM Xochimilco.

La UAM Xochimilco adoptó como modelo para la formación de sus profesionales el SEM. El eje en torno al cual se mueve el "modelo xochimilco" es el concepto Objeto de transformación (OT). Refiere el documento Xochimilco que la realidad nacional requiere de mejores profesionales; mayor demanda de educación superior además del continuo avance de las ciencias, exigen a las universidades idear respuestas imaginativas para dar respuestas a aquella situación. Uno de los problemas -- prioritarios que ellos detectaron es la necesidad de superar la enseñanza por disciplinas, y esto lo hacen creando unidades basadas en un objeto e interrogante sobre la realidad. -- "El OT es el problema o los problemas (la problemática) extraídos de la realidad social sobre las cuales la universidad intenta producir y transmitir conocimientos;..."<sup>61</sup>. Este procedimiento implica abordar simultáneamente la producción de -- información, así como de su aplicación en la realidad. Esto, por supuesto, requiere la contribución de varias disciplinas: "Así por ejemplo, en lugar de la enseñanza de la bioquímica -- en una, disciplina, se intentará buscar un objeto de transformación como 'la alimentación', donde la bioquímica junto con otras ciencias intentarán comprender el fenómeno y transformarlo con la ayuda de la tecnología elaborada--por ejemplo, --

---

60 Follari; Roberto "críticas al modelo teórico de la departamentalización". Citado por Torres Hernández Rosa Ma., Op. cit. p. 6.

61 "Documento Xochimilco". UAM-Xochimilco. México, 1980. p. 8.

los nutricionistas y los trabajadores sociales. La participación activa en este proceso llevará [a los estudiantes] al -- aprendizaje".<sup>62</sup> En el concepto OT se condensan, la investigación, pues es la forma activa en que los estudiantes intentan conocer la realidad (pero la investigación "interdisciplinaria"), el resultado de este paso sería el conocimiento de esa realidad o el aprendizaje de los estudiantes (docencia), una vez conociendo esa realidad les permite aplicar "la tecnología elaborada", para transformarla, o sea, el servicio que -- prestan a los grupos sociales que viven esa realidad. En este mismo concepto está implícita la relación universidad-sociedad, ya que para cumplir con este proceso de entrada se -- tienen que vincular con la sociedad. Se replantea además la relación docente-alumno, pues el docente ya no será más el -- único proveedor de información, la relación alumno-alumno al requerirse de un trabajo grupal para emprender la investigación, la docencia y el servicio.

En la descripción de cómo se dá el proceso enseñanza aprendizaje, el citado documento refiere: "El estudiante deberá participar en dos niveles en este proceso de transformación de la realidad o de producción de conocimientos, en la búsqueda de información empírica a través del experimento y en la producción de conceptos teórico-ideológico ya existentes... Con esto se pretende integrar la teoría y la práctica."<sup>63</sup>

Los módulos en la UAM Xochimilco se definen por objetos de transformación. Para la elaboración de los módulos se señala que escogen aquellos OT comunes a diversas disciplinas y

---

62 Serrano B. Rafael e Isunza B., Marisa. "El diseño curricular en la concepción educativa por OT". Memorias sobre diseño curricular. ENEP-Aragón. UNAM. México. 1982. p. 2

63 "Documento Xochimilco"..., op. cit. pág. 17.

profesiones; en un primer paso se trata de integrar el área de las ciencias naturales y el de las sociales del cual surge el módulo "el hombre y su ambiente", que proporciona conocimientos generales, afines a todas las carreras de la divisiones que componen la UAM Xochimilco; conforme se avanza a integrar el objeto específico de cada carrera, al área del conocimiento a integrar se van haciendo más particulares y específicos, pongamos un ejemplo dentro de la carrera de medicina que sería el módulo "Salud y actividad económica primaria". La pregunta que puede surgir en éste momento es, ¿con qué criterios las ciencias y las técnicas para integrar los Módulos o los OT?. Desde luego que no lo hacen arbitrariamente, para ello recurren a Mario Bunge en su concepto de la realidad estructurada por niveles o sectores "con un conjunto de propiedades y leyes propias". Segun Bunge los niveles reconocidos de la realidad son en este orden el físico, el biológico, el psicológico y el sociocultural. Desde este punto de vista -- una ciencia se ubica dentro de determinado nivel por ejemplo la física y la geología dentro del nivel físico, o la sociología y economía dentro del nivel sociocultural. Un OT puede apelar a disciplinas que se encuentran dentro de un mismo nivel (intranivel) o disciplinas de diferentes niveles (interniveles), la medicina es una carrera que apela a todos los niveles mencionados, por lo que recurre a las leyes interniveles.<sup>64</sup>

Para integrar los módulos, los departamentos se conforman con profesionistas afines que a la postre integraran sus especialidades en función del OT, integración que va "desde la simple comunicación de ideas, hasta una integración conceptual que facilite una interrelación metodológica, epistemoló-

---

64 Ibid., pág. 19.

gica, terminológica y de información"<sup>65</sup>. Lo anterior sería el paso hacia la interdisciplina.

Por otro lado, cabe aclarar que el concepto OT es tomado de la psicología cognoscitivista<sup>66</sup> de Jean Piaget y lo explican de la siguiente manera: "El conocimiento -segun Piaget- no es una copia de la realidad. Conocer un objeto, conocer un acontecimiento, no es solamente mirarlo y hacer de él una copia mental, una imágen. Conocer un objeto es actuar sobre él. Conocer es modificar, transformar el objeto y entender el proceso de su transformación y, como una consecuencia, entender la forma en que el objeto es construido. Una operación es, así la esencia del conocimiento, una acción internalizada, la que modifica el objeto de conocimiento".<sup>67</sup>

#### La coordinación de las instituciones.

Comentemos de pasada que el archipresente en la retórica pero gran ausente en el escenario de los hechos es la coordinación de las instituciones prestadoras de servicios y las -- instituciones formadoras de recursos humanos para la salud; -- en el discurso de los funcionarios siempre estuvo presente, -- desde el presidente de la República, hasta los funcionarios -- menores de las universidades. El término coordinación de las instituciones cobra nuevos bríos con la elaboración de Plan -- Nacional de salud, con él se monta el escenario para echar a -- andar la propaganda, por ejemplo, se instituyó que en cada -- reunión que celebraba el Estado relativo a programas de sa -- lud, estuviesen presentes los funcionarios de las institucio-

65 Interdisciplinary. Center for educational research and innovation. Citado en Documento Xochimilco., op. cit. pág. 13.

66 De Yashine, Margarita. La inseción del docente en Tesis de maestría -- en Medicina social. UAM Xochimilco. México. 19 pág. 31-33.

67 Documento Xochimilco., op. cit., pág. 8.

nes de salud y el rector de la UNAM. Aunque el rector no --  
aportaba nada nuevo en esas reuniones sí recalcaba la necesi-  
dad de la coordinación; estuvo presente en la Convención Na--  
cional de salud en 1974, previa a la elaboración del PNS; par  
ticipó en otra reunión en 1980 sobre "Formación de recursos -  
humanos para la salud en México", en esta reunión mencionó --  
que la UNAM hacía su aportación de médicos generales con - --  
orientación hacia el trabajo de la comunidad por medio del --  
Plan A-36, ENEP Iztacala y ENEP Zaragoza.<sup>68</sup> A ese nivel se -  
queda la coordinación.

---

68 Soberón Guillermo. "Formación de recursos humanos para la salud en Mé-  
xico". Trabajo presentado en la reunión nacional de salud. México. -  
1980. Tomado de Dr. Guillermo Soberón. Discurso y mensajes. UNAM. Mé-  
xico. pág. 232-240.

## C O N C L U S I O N E S .

1. Hemos observado paso a paso la trayectoria de las políticas del organismo panamericano; a partir de ello podemos advertir sus dos vías de introducción en nuestro país; vía Estado, con la elaboración del Plan Nacional de Salud el gobierno mexicano hace suyo el discurso de la OPS: extensión de cobertura, participación de la comunidad, planificación de la salud, etc.; y por la vía de las universidades, de tal suerte que desde la sede de la OPS se sugieren los modelos curriculares para las carreras de medicina; dos vías que se bifurcan en los umbrales de nuestro país ante la falta de la coordinación tan traída y llevada en la jerga oficial, de las instituciones aplicativas y de las formadoras de recursos humanos en salud.

2. Dentro del plano educativo podemos afirmar que el SEM tiene doble ascendencia en nuestro país: aquella que ya mencionamos, vía directa de la OPS, situación que con diversas características se repite en diferentes países de América Latina; pero en México adquiere carta de naturalización con la Reforma Universitaria, la descentralización de la UNAM, la fundación de la UAM, son efectos de aquella, coyuntura que permite ensayar la innovación en la enseñanza en aquellas escuelas en donde se imparte ciencias de la salud; recordemos que uno de los mayores obstáculos para los cambios en la enseñanza de la medicina y en la formación de los profesionales, son aquellos grupos asentados en las escuelas y facultades vinculados con la práctica tradicional de la medicina (práctica de la medicina liberal y la práctica orientada a la especialización). En ese sentido el SEM se vé favorecido por la descentralización.

3. En el SEM se depositaron las esperanzas de cambio de los profesionistas de la medicina, de aquellos que lo vieron como un vehículo directo para la formación de profesionales - agentes de la extensión de cobertura, coadyuvadores de la medicina a bajo costo para un determinado tipo de población con fines productivistas, de mediatización y legitimación política; y de aquellos que vieron en él una instancia para reorientar la práctica de la medicina hacia las necesidades de pueblo, para cambiar la práctica social de las profesiones. A una década de instaurado el SEM en nuestro país existen suficientes evidencias para poder echar a andar un estudio objetivo para conocer sus resultados, tanto en uno como en otro sentido.

Por nuestra parte, insertos en la práctica de la enseñanza modular podemos afirmar que muy poco de aquellas expectativas son realidad, que a partir de los resultados prácticos podemos afirmar que la instancia educativa no es con mucho la determinante para cambiar la mentalidad ni la práctica de aquellos nuevos profesionales cuando persiste y aun es estimulada una PM con orientación hacia las especialidades, hacia el desempeño en grandes y sofisticados centros hospitalarios, situación que halla explicación a su vez en las relaciones de producción dominante en nuestros países; cuestionamos por otro lado a la extensión de cobertura como la salida a los problemas de salud enfermedad de la población cuando sabemos que éstas dependen en última instancia de la organización que se da la sociedad para producir y distribuir sus bienes materiales. Sin embargo en aquellos puntos de la población en que logra incidir la medicina comunitaria demuestra que cumple con su función ideológica, que distrae la atención tanto de aquellos grupos de población como de estudiantes y profesionales, mientras unos la ven como una graciosa concesión de los

"doctores" (representantes del sistema que van a dar salud) - los otros la ven como una actividad filantrópica y mesiánica de llevar hasta los hogares de las personas lo más preciado - para ellos, la salud. Pero precisamente ese punto de contacto entre profesionales y población pueden ser la ocasión para reorientar aquella práctica, para sensibilizar aquellos, pro piciar una conciencia de clase que los haga ver que no son un ente aparte de la población, que la realidad no es como se -- las hacen ver sus maestros de que por el hecho de poseer cier tos conocimientos y vestir una indumentaria ya están "del - - otro lado". Y más si tomamos en cuenta que el elemento inves tigación aun no ha sido explorado en todas sus riquezas y que puede servir para conocer realmente la situación de salud del país, sus causas reales y sus implicaciones.

Paradójicamente el SEM se implementa con casi el 100% de médicos formados en el plan tradicional que, incluso el tiempo que dedican a la docencia dentro del SEM es accesorio a su tiempo dedicado a la medicina curativa y de especialidad en - instituciones privadas o públicas.

Paradójico es también el hecho de que se forma personal para la medicina a bajo costo en un sistema de enseñanza que no ha dado de sí todo lo que de él es esperada, siendo una en señanza tutorial consumidora de bastos recursos.

En cuanto al desarrollo del SEM como un método distinto de enseñanza, podemos decir precisamente que por la falta de preparación de sus mentores vuelve a caer en los vicios de la enseñanza tradicional, que en realidad se está muy lejos de - replantear el papel de la docencia, de la relación maestro-a- alumno, de la relación entre los mismos alumnos o bien existe una idea deformada del papel de cada uno de ellos.

No obstante, dentro de la realidad, que mencionamos viven las ENEP en cuanto a represión, ausencia de discusión sobre el rumbo de las instituciones; la enseñanza modular abre un espacio de discusión para aquellos que se preocupan realmente por darle un rumbo y un sentido a la educación en nuestro país.

Por lo demás, el argumento fundamental de este trabajo es que, la OPS es el instrumento que vehiculiza los designios de un poder y de unos intereses que traspasan las fronteras de nuestros países con fines hegemónicos; empero en su seno caben personajes que han visto en esta política una vía para reorientar la práctica de la medicina y de la educación hacia las necesidades de nuestros pueblos, precisamente aquellos -- que mencionamos más arriba, que han visto en la enseñanza modular una vía para replantear la educación, que han cifrado la esperanza en él y actúan congruentemente con su posición, así tenemos gente de la talla de Jorge Andrade, Juan César -- García por mencionar los más conocidos, y tantos que no alcanzaríamos a mencionar aquí.

## VI BIBLIOGRAFIA.

Andrade, Jorge.  
Marco conceptual de la educación médica en América Latina.  
Rev. Educación médica y salud. No. 1, 2, y 3. Vol. XII, 1974  
y No. 4. Vol. XIII. 1978. Washington, D.C.

Andrade, Jorge.  
Integración Docente-asistencial.  
III taller de educación para la salud.  
OPS/OMS. Washington, D.C. 1973.

Andrade, Jorge.  
Problemas y perspectivas de la educación médica en América  
Latina.  
Rev. de la OPS. Washington, D.C.

Aspectos teóricos de la medicina comunitaria. (Informe preli-  
minar de un grupo de estudio)  
Rev. Educación médica y salud. No. 1, Vol. IX. 1975.  
Washington, D. C.

Bambirra, Vania.  
El capitalismo dependiente latinoamericano.  
México, 1974. Ed. Siglo XXI.

Bartolucci, Jorge y Rodríguez A. Roberto.  
El Colegio de ciencias y humanidades  
México, 1983. ANUIES.

Breihl, Jaime.  
Epidemiología: economía, medicina y política.  
Santo Domingo. 1980.

Bustamante E. Miguel.  
La salud pública en México. (1959-1982)  
S.S.A. México, 1982.

Campos Rey de Castro, Jorge.  
La situación de la salud y la enseñanza de la medicina en Amé-  
rica Latina.  
Rev. Educación médica y salud No.

Conferencia panamericana sobre planificación de recursos huma-  
nos en salud. (Recomendaciones) MIMEO.

Conti, Laura.  
Estructura social y medicina.  
Rev. Medicina y sociedad. Sto. Domingo. 1977. Ed. Alfa y Omega.  
I Convención Nacional de salud (Memorias) Tomo V.  
S.S.A. México. 1974.

Cueva, Agustin.  
El desarrollo del capitalismo en América Latina.  
México. 1977. Ed. Siglo XXI.

Che Guevara.  
Discurso en Punta del Este. 1961.  
Obras revolucionarias. México. Ed. Era.

Documento Xochimilco  
Anteproyecto para establecer la unidad del sur de la UAM.  
UAM-Xochimilco. México. 1980.

El diseño Curricular.  
División de ciencias biológicas y de la salud.  
UAM Xochimilco.

Enseñanza modular.  
Informe de las conclusiones obtenidas por el grupo de trabajo  
en la reunión sobre enseñanza modular.  
CLATES/UABC. México. 1976.

Enseñanza Modular.  
UFREA. ENEP. Zaragoza. México. 1983.

Extensión de cobertura de los servicios de salud con las es-  
trategias de atención primaria y participación de la comunidad.  
BOLETIN OPS. Washington, D. C. 1977.

Fassler, Clara  
Transformación social y planificación de salud en América Latina.  
MIMEO. 1977.

García, Juan César.  
La articulación de la medicina y la salud en la estructura social.  
MIMEO.

García, Juan César.  
La educación médica en América Latina.  
OPS/OMS. MIMEO.

Gomezjara, Francisco.  
Medicina, ¿para quien?  
México. 1978. Ed. Nueva Sociología.

Gomezjara, Francisco.  
Técnicas de desarrollo comunitario.  
México. 1981. Ed. Nueva Sociología.

González Casanova, Pablo.  
Imperialismo y liberación.  
México. 1979. Ed. Siglo XXI.

Grupo de trabajo sobre investigación de personal de salud.  
OPS. Washington, D.C. Mayo 1984.

Guevara Niebla, Gilberto.  
La crisis de la educación superior.  
México, 1983. Ed. Nueva Imágen.

Guillermo Soberón 1973-1977.  
Dirección general de difusión cultural.  
UNAM. México. s/f.

Guillermo Soberón. Discursos y mensajes. 1977-1980.  
UNAM. México. 1981.

Halperin Donghi, Tulio.  
Historia contemporánea de América Latina.  
México. 1983. Alianza editorial mexicana.

Informe final y documento de trabajo de un grupo de estudio.  
Coordinación de atención médica.  
OPS. Washington, D. C. Agosto. 1969.

V Jornadas internas de trabajo.  
Dirección general de servicios médicos.  
UNAM. México. 6, 7 y 8 de noviembre de 1980.

Laurell, Cristina.  
La salud Enfermedad como proceso social.  
MIMEO. UAM Xochimilco.

López Acuña, Daniel.  
La salud desigual en México.  
México, 1981. Ed. Siglo XXI.

Marco de referencia para el desarrollo de la educación médica  
en América Latina. y el Caribe.  
Publicación científica No. 483.  
OPS/OMS. Washington. D. C. 1985.

Memorias del 1er. Foro académico-laboral ENEP.  
STUNAM. México. s/f. Ediciones Foro Universitario.

Memoria del seminario-taller de análisis.  
Programa de medicina general integral.  
Facultad de medicina. UNAM. México. Agosto de 1981.

Memorias sobre diseño curricular.  
ENEP Aragón. UNAM. México. 1982.

Necesidades sanitarias básicas de los países en desarrollo; -  
posibles soluciones.  
Crónica de la OMS. Washington. D. C. 1975.

Pablo González Casanova. (mayo de 1970-Dic. 1972)  
La universidad y sus rectores.  
Coordinación de humanidades. UNAM. México. 1980.

Panzsa, Margarita.  
Enseñanza Modular.  
Rev. Perfiles educativos No. 30.

Paoli Bolio, Francisco J.  
El proyecto orgánico y el modelo Xochimilco.  
UAM-Xochimilco. México. s/f.

Plan de estudios de la carrera de médico cirujano.  
ENEP Iztacala. UNAM. México 1984

Plan de estudios de la carrera de medicina.  
División de ciencias biológicas y de la salud.  
UAM-Xochimilco. México. 1977.

Plan de estudios de la carrera de médico cirujano.  
ENEP Zaragoza. UNAM. México. s/f.

Plan nacional de salud 1974-1983.  
Vol. III S.S.A. México 1974.

Principios básicos para el desarrollo de la educación médica  
en A.L. y el Caribe.  
OPS/OMS. Washington. D. C. 1973.

Programa de medicina general integral. (folleto).  
Facultad de Medicina. UNAM. México. 1978.

Programa de descentralización de estudios profesionales de la  
UNAM.  
Suplemento especial No. 11  
Gaceta UNAM. México. 1980.

Puigrós, Adriana.  
Imperialismo y educación en América Latina.  
México. 1983. Ed. Nueva Imágen.

Resolución de Buenos Aires.  
Revista de la OPS. Oct. 1968.

Salazar Olguin, Héctor.  
Práctica médica y política sanitaria.

Seminario sobre utilización de auxiliares y líderes comunitarios en programas de salud en el área rural.  
OPS. Informe final. Maracay, Colombia. 1974.

Servicios comunitarios de salud y participación de la población.  
Publicación científica No. 289.  
OPS/OMS. Washington, D.C. 1973.

Rodríguez Rivera, Luis.  
Criterios y mecanismos para la integración docente-asistencial.  
MIMEO. s/f.

Torrez Hernández, Rosa Ma.  
Análisis del desarrollo de la enseñanza modular en la ENEP Zaragoza.  
UFREA. (Presentada en Foro de enseñanza modular en educación superior.  
ENEP. Zaragoza. UNAM. México. Febrero. 1984.

Utilización de auxiliares y líderes comunitarios en programas de salud en el área rural.  
OPS. Washington, D. C.

Valadéz, Diego.  
Guillermo Soberón.  
Serie editada por la D.G.D.C. de la UNAM. s/f.

Vargas de la Mora, Virginia.  
Análisis sociológico de las políticas del estado mexicano en el sector salud.  
V. Jornadas internas de trabajo. D.G.S.M. UNAM. México. 1980.

Yashine De, Margarita.  
La inserción del docente en  
Tesis de maestría en medicina social  
UAM Xochimilco. México.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD  
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, OFICINA  
REGIONAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE  
LA SALUD.

HR/AMRO-6200/4  
Original: Español  
Circulación Restringida

INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL

Dr. Jorge Andrade  
(Julio de 1971)

Documento de trabajo utilizado en el  
"III Taller de Educación en Ciencias de la Salud",  
Washington, D. C., 11-30 de Junio de 1973.

## INTRODUCCION

El presente documento muestra una revisión de las bases conceptuales que orientan el desarrollo del proceso de enseñanza y aprendizaje en el campo de la Salud, y a la vez un cambio basado en las siguientes premisas:

---

PREMISA 1. QUE LA ENSEÑANZA DEBE TENER COMO EJE LA SALUD DE LA COMUNIDAD Y NO LA ENFERMEDAD DEL INDIVIDUO

---

---

PREMISA 2. QUE EL AREA NATURAL DE ADIESTRAMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD DEBE CONFUNDIRSE CON LA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA COMUNIDAD CONSIDERADOS COMO UN TODO, Y LA ESTRUCTURA Y RECURSOS DE ESTOS, DEBEN FORMAR PARTE INTEGRAL DE LA ESTRUCTURA Y RECURSOS DEL SISTEMA EDUCACIONAL DE LA SALUD.

---

---

PREMISA 3. QUE LOS ALUMNOS, DURANTE TODO SU PROCESO FORMATIVO, DEBEN SER CONSIDERADOS COMO UN RECURSO ADICIONAL AL SERVICIO DE LA SALUD DE LA COMUNIDAD Y SUS ACTIVIDADES DE ADIESTRAMIENTO DEBEN, EN LO POSIBLE, ESTAR BASADAS EN SU PARTICIPACIÓN ACTIVA EN EL TRABAJO.

---

Como esquema básico para aplicación de estos conceptos - se estableció que el plan de estudios debería tener una duración de seis años y se dividiría en: una primera fase que comprendería el 1er. y 2o. años; una segunda fase que iría del 3er. al 5o. años y una tercera fase que correspondería a un internado durante el sexto año.

#### Fase I - 1er. y 2o. años

- Se desarrollaría en:
- a) Policlínico integral
  - b) Cuerpos de guardia de hospital general.
  - c) Cuerpos de guardia de hospital infantil.
  - d) Areas o laboratorios de experimentación en los cuales pueda analizarse científicamente la experiencia vivida en los ambientes precedentes.

Además de los conocimientos adquiridos en los ambientes que se mencionan anteriormente y en relación con los mismos, esta fase debería proveer conocimientos de organización de la Salud Pública, estadística, psicología, demografía, información y manejo bibliográfico, laboratorio general básico, biología humana, biología de vectores, elementos de fisiología y bioquímica.

#### Fase II - 3er. año

- Se desarrollaría en:
- a) Consultorios en policlínicos
  - b) salas de parto
  - c) Salones de cirugía
  - d) Cuerpos de guardia.

El contenido cognocitivo estaría estrechamente relacionado con las experiencias en tales ambientes y se referiría a los siguientes campos: Anatomía, embriología, genética, perinatología, crecimiento y desarrollo, estadística y análisis estadístico de mortalidad materna e infantil, y método epidemiológico.

#### Fase II - 4o. y 5o. años

- Se desarrollaría en:
- a) Salas hospitalarias de medicina
  - b) Salas hospitalarias de cirugía
  - c) Salas hospitalarias de obstetricia y ginecología
  - d) Salas hospitalarias de Pediatría
  - e) Hogares maternos
  - f) Hogares de ancianos
  - g) Hogares de recuperación nutricional.

#### Fase III - 6o. año (Internado)

El alumno llevaría a cabo un trabajo teórico o de investigación, cuya selección, planeación y desarrollo estarían a su cargo, bajo la debida supervisión y orientación por parte de los profesores.

#### DISCUSION

En relación con las premisas básicas resumidas en páginas anteriores, cabe señalar que, aunque en el plano teórico son enteramente válidas, su eventual implantación esbozaría una serie de problemas que conviene preveer.

Resulta necesario, además, que a las premisas antes mencionadas se agreguen algunas de carácter pedagógico general, indispensables para determinar la estrategia y la metodología de la enseñanza.

Como veremos más adelante, es indudable que, aunque implícita, existe una cierta relación entre las premisas establecidas y las que se expondrán a continuación:

---

Premisa A. EL APRENDIZAJE ADECUADO DE CONJUNTOS DE ALTA COMPLEJIDAD (COMO EN EL CASO DE LA MEDICINA) PRESUPONE, POR PARTE DEL ALUMNO, LA INTERRELACION CONSTANTE DE CONOCIMIENTOS MAS O MENOS AISLADOS Y SU INTEGRACION EN FUNCION DEL CONJUNTO. PARA ELLO SE REQUIERE QUE EL ALUMNO TENGA LA OPORTUNIDAD DE PERCIBIR PRECOZMENTE, EN EL CURSO DE SUS ESTUDIOS, LOS CONCEPTOS FUNDAMENTALES QUE CONSTITUYEN TAL CONJUNTO.

---

Si ampliamos el contenido de esta premisa refiriéndola - específicamente a la educación médica, los conceptos fundamentales antes mencionados serían los siguientes: el hombre como unidad indivisible; la comunidad; la salud y la enfermedad; - la salud y el bienestar integral del hombre; mecanismos de reproducción y perpetuación de la especie humana; crecimiento - y desarrollo; la historia natural de la enfermedad; la multicausalidad en el condicionamiento y desarrollo de procesos - - morbosos; los servicios de salud y el papel de la medicina.

Es conocido que la inmensa mayoría de alumnos ingresa a las escuelas de medicina habiendo adquirido ya todos o la mayoría de los conceptos arriba enunciados. Sin embargo, por - regla general la concepción que traen, resultado de experien-

cias previas, no siempre es la correcta y de allí la necesidad ineludible de que en una primera fase del plan de estudios, la Escuela de medicina se preocupe por suministrar a sus alumnos oportunidades para percibir y adoptar este marco conceptual en los términos que se consideren más adecuados, el cual vendría a constituir el eje sobre el cual debería ser diseñado todo el plan de estudios.

---

Premisa B: EL APRENDIZAJE ES UN PROCESO ACTIVO Y SE CUMPLE MAS EFECTIVAMENTE SI EL ALUMNO ES CONFRONTADO CON SITUACIONES PROBLEMA QUE TIENEN RELEVANCIA PARA EL Y QUE ESTIMULAN SU INICIATIVA EN LA BUSQUEDA DE RESPUESTA O MEDIOS DE SOLUCION

---

Expresada en términos directamente referidos a la educación médica; esta premisa implica que los alumnos deben ser confrontados con problemas médicos cuya solución dependa, en cierto grado, de ellos. Teóricamente, tal confrontación constituiría para el alumno un reto y un estímulo a su actividad inquisitiva y creativa y lo llevaría a reclamar activamente y no sólo a aceptar en forma pasiva la adquisición de conocimientos necesarios para comprender y solucionar los problemas.

El término "problemas médicos" puede ser interpretado de diversas maneras. Buscar la manera de aliviar un paciente con disnea o explicar los mecanismos humorales y nerviosos que regulan la frecuencia respiratoria; tratar de encontrar los medios para disminuir la mortalidad infantil por gastroenteritis en una comunidad o explicar los mecanismos epidemiológicos envueltos en ello, son, sin lugar a dudas, problemas

médicos. Nadie discutiría, sin embargo, que cada uno de ellos pertenece a categorías diferentes y que el grado de relevancia que pudiese tener para el alumno es variable. Es común -- aceptar, y la experiencia acumulada parece confirmarlo, que - problemas que se refieren a situaciones concretas directamente relacionadas con el ejercicio de la medicina (el enfermo - con disnea, niños que mueren) atraen el interés de los alum-- nos más que aquellos que se refieren a abstracciones relacio-- nadas con el mismo (los mecanismos de regulación respiratoria, la epidemiología de la gastroenteritis). Según esto, la confrontación del alumno con la primera categoría de problemas - mencionados (referidos a una situación concreta) despertaría más su interés y podría, eventualmente llevarlo a indagar - - acerca de la segunda.

De acuerdo con lo anterior, en la implementación del - - Plan de estudios, sería necesario que todas las experiencias de aprendizaje fuesen diseñados de manera tal que las mismas se iniciasen y girasen alrededor de un problema médico referi-- do a una situación concreta directamente relacionada con el - ejercicio de la medicina (individual o colectiva), lo cual se ría utilizado para despertar y mantener el interés por adqui-- rir conocimientos que, por su alto nivel de abstracción o por la inadecuada percepción de su relación con la realidad, no - tendría el mismo efecto motivante.

El cumplimiento de la premisa B se vería favorecido por el de la premisa 3 como la expresara el señor Ministro. Sin embargo, conviene señalar que la sola incorporación de los es-- tudiantes a la fuerza de trabajo en salud con la asignación de responsabilidades de servicios, no sería suficiente y po-- dría conllevar algunos peligros. Haría falta una planeación muy cuidadosa de dicha participación a objeto de que, simultá-- neamente con la premisa 3 se pudiese atender a otros igualmen--

te importantes. Más adelante volveremos a insistir sobre este asunto.

La premisa 3 nos llevaría al establecimiento de un ciclo caucional de motivación-aprendizaje-motivación, el cual se trata de representar esquemáticamente en la Fig. No. 1.

---

Premisa C: EN EL CONTENIDO COGNOCITIVO DE LA FORMACION PROFESIONAL, EL PROCESO SEGUN EL CUAL SE ADQUIERE Y SE CREA INFORMACION Y SE HACE USO DE LA MISMA, DEBE TENER MAYOR ENFASIS QUE LA SIMPLE TRANSMISION DE INFORMACION; ELLO IMPLICA MAYOR ENFASIS EN EL DOMINIO DE HABILIDADES INTELCTUALES APLICABLES AL BUEN USO DE LA METODOLOGIA QUE CARACTERIZA LA RESPECTIVA PROFESION.

---

Como podrá notarse, es correcta la premisa 1 al establecer que la salud de la comunidad habrá de constituir parte fundamental de dicho ejemplo. Creemos, sin embargo, que alrededor del concepto salud deben organizarse los otros que hemos mencionado y que el énfasis que en las diversas etapas del Plan de estudios se confiera a cada uno de ellos, tendrá, necesariamente que variar.

Si se acepta la premisa A en su integridad, la etapa o etapas iniciales del Plan de Estudios debería proveer a los alumnos y profesores las oportunidades necesarias para revisar los preconceptos de los primeros, confrontarlos con la realidad o con presentaciones esquemáticas de la misma y construir un marco conceptual cónsono con dicha realidad y sus exigencias. En tales etapas iniciales, por tanto, el énfasis

estaría puesto en la fundamentación conceptual.

Naturalmente, la etapa o etapas iniciales, deberían ser diseñadas de manera tal que, además de cumplir con lo anterior, estimulen el aprendizaje de: a) hechos, fenómenos, mecanismos, principios, relaciones y teorías, y b) técnicas, procedimientos y métodos utilizados en medicina y cuya introducción pueda ser hecha a partir de y como parte de las experiencias diseñadas para demostrar el marco conceptual. En esta etapa, tales aprendizajes, al no constituir el centro fundamental de interés, deberían estar limitados en profundidad y atender más a la extensión en superficie.

Si se deseara dar cumplimiento a la premisa 3, este sería el momento oportuno para dotar al alumno de habilidades y considerarlo como un recurso adicional al servicio de la salud de la comunidad.

En el caso de la medicina, los procesos que están implicados en el ejercicio integral de la profesión son: la rotación Médico-paciente, la colección y registro de información, el análisis, el juicio crítico, la adquisición y creación de nuevo conocimiento médico. Todos ellos se conjugan en los métodos clínico, epidemiológico y experimental, en el proceso de administración de servicios y programas de salud y en el estudio continuado.

La confrontación del alumno con problemas médicos, tal como quedó expresado en el aparte precedente, ofrece la oportunidad para familiarizarlo con y ejercitarlo en el uso de los procesos y métodos mencionados y para desarrollar en él las habilidades intelectuales y las capacidades que son inherentes a los mismos. Sin embargo, para obtener el máximo pro

REPRESENTACION ESQUEMATICA DEL CICLO  
MOTIVACION - APRENDIZAJE - APLICACION - MOTIVACION

Figura 1

---

CONFRONTACION CON UN PROBLEMA MEDICO CONCRETO

---

---

PERCEPCION DE QUE CIERTOS CONOCIMIENTOS (HECHOS, FENOMENOS MECANISMOS, PRINCIPIOS, PROCEDIMIENTOS Y METODOS) NECESARIOS PARA ESTUDIAR Y COMPRENDER EL PROBLEMA Y DARLE SOLUCION APROPIADA.

---

---

OPORTUNIDAD PARA APLICAR LOS CONOCIMIENTOS AL TRATAMIENTO INTEGRAL DE UN PROBLEMA CONCRETO.

---

---

REFUERZO Y GENERALIZACION DEL APRENDIZAJE POR MEDIO DE LA APLICACION REPETIDA DE LOS CONOCIMIENTOS AL TRATAMIENTO DE PROBLEMAS EN UN CONJUNTO VARIADO DE CIRCUNSTANCIAS.

---

---

EL MISMO PROBLEMA INICIAL, PRESENTADO EN UN CONJUNTO VARIADO DE CIRCUNSTANCIAS, DA LA OPORTUNIDAD PARA CONFRONTAR AL ALUMNO CON NUEVOS PROBLEMAS Y EL CICLO SE REMITE.

---

vecho de esta situación no es posible dejar a la simple acción del azar el desarrollo de los conocimientos. Por el contrario, cada oportunidad de exposición del alumno a determinana

da categoría de problemas, debería ser cuidadosamente planeada, a fin de que en su estudio y solución de alumno tenga ocasión de ejercitarse en los enfoques epidemiológico, clínico, experimental y administrativo y en la adquisición de nuevos conocimientos, en la medida y complejidad en que la naturaleza de los problemas y su propio nivel de desarrollo lo permitían.

En este sentido el esquema de la Figura 2 podría servir de orientación general para la programación de experiencias docentes que cumplan con esta premisa. Cada una de las casillas que componen el referido esquema, debería ser motivo, a su vez, de un desarrollo gráfico individual que permitiese identificar las diversas fases y su secuencia.

REPRESENTACION ESQUEMATICA EN EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE UN PROBLEMA MEDICO

Figura 2

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA	INVESTIGACION DE VARIABLES	PROPOSICION DE HIPOTESIS
SELECCION DE HIPOTESIS DE TRABAJO	DISEÑOS PARA COMPROBACION CLINICA Y EXPERIMENTAL.	
EJECUCION DE LOS DISEÑOS	REPRESENTACION DE LOS RESULTADOS	
DISCUSION	CONCLUSIONES	

---

Premisa D: PARA QUE EL APRENDIZAJE DE CONOCIMIENTOS SEA EFECTIVO Y DURADERO SE REQUIERE QUE EL MISMO SEA SEGUIDO, DE LA MANERA MAS INMEDIATA POSIBLE, DE OPORTUNIDADES PARA SU APLICACION EN UN CONJUNTO VARIADO DE CIRCUNSTANCIAS QUE CORRESPONDAN O SEAN REPRESENTATIVAS DE LA REALIDAD. ESTAS OPORTUNIDADES DE APLICACION DEBE SER REPETIDAS EN UNA ESCALA DE COMPLEJIDAD CRECIENTE QUE PERMITA REFORZAR LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS E INCORPORAR NUEVOS.

---

Esta premisa no requiere extensión específica al campo de la educación médica por cuanto su contenido ya es suficientemente explícito. Se relaciona estrechamente con la premisa 3 de la introducción por lo cual discutiremos ambas conjuntamente. Su alcance puede ser comprendido si se recuerda la queja muy frecuentemente de los profesores de clínicas cuando señalan que los alumnos, al llegar al hospital desconocen o conocen incompletamente cuestiones que se supone debían haber aprendido en las ciencias básicas. Esta es una queja casi universal y no encuentra explicación suficiente en deficiencias intrínsecas de los programas básicos. Ha sido señalada la falta de motivación de los alumnos por el aprendizaje en abstracciones cuya relación con la realidad ellos sólo perciben incompletamente. Otra explicación factible estaría basada en el hecho de que, generalmente, en los planes de estudio tradicionales, la oportunidad para aplicar conocimientos adquiridos en las ciencias básicas, es ofrecida al alumno varios meses o años después del aprendizaje inicial.

Si el Plan de estudios fuese concebido tomando en cuenta las premisas enunciadas en el presente documento, esta situación daría lugar a otra en la cual los conocimientos básicos serían adquiridos por los alumnos en función del estudio de -

problemas médicos concretos y reales y de esa manera quedaría garantizada su aplicación inmediata.

Ahora bien, la premisa que discutimos implica, además, - que la aplicación de conocimientos, habilidades y destrezas - aprendidos a un cierto nivel, sea repetido en una escala de - complejidad creciente en los niveles subsiguientes. Presupo- nemos que este último se lograría si cada etapa del estudios estuviese compuesta, entre otros, por los siguientes elemen- tos:

- a) Preparación de los alumnos para el desempeño activo y -- responsable de las funciones de servicio que les serán - asignadas en la fase siguiente, y
- b) Participación activa y con responsabilidad directa de -- los alumnos en el desempeño de funciones para las cuales fueron preparados en la etapa o fase precedente.

Con excepción de la etapa inicial, en la cual los alum- nos no estarían en condiciones de desempeñar funciones que, - al principio, serían de carácter muy elemental, pero que, pro- gresivamente aumentarían en complejidad a medida que el curso avanza.

Los alumnos solamente reconocerían responsabilidad direc- ta y con supervisión mínima, para la ejecución de funciones - para las cuales han sido debidamente capacitados, y al contri- buir en esta forma con el personal regular destinado a tales funciones compensarían el tiempo que este dedicaría a enseñar les nuevos conocimientos y habilidades y a supervisarlos mien- tras adquieren la calificación necesaria en su uso. Así, la presencia de los alumnos en los servicios cumpliendo determi- nadas funciones, ofrecería las condiciones necesarias para --

mantenerlos en contacto con problemas reales que podrían utilizar como material de estudio, interfiriendo al mínimo la -- productividad y eficiencia de los servicios.

No es posible emitir juicio acerca de la factibilidad -- del esquema expuesto en los párrafos precedentes por cuanto -- no existe experiencia previa sobre el particular. Consideramos que su adopción debería estar precedida de su evaluación a través de experiencias de carácter limitado y desarrolladas con el máximo rigor científico. No dudamos en recomendar que tales experiencias se lleven a cabo como un proyecto piloto -- en donde se den las condiciones favorables para una empresa -- de este tipo, la cual, independientemente de los resultados, aportaría información invaluable para la planeación de cam-- bios en los planes de estudios de todas las categorías de per-- sonal de salud.

#### LA ESTRUCTURA DE UN NUEVO PLAN DE ESTUDIOS

Si se concretase un cambio radical de la estructura de -- los planes de estudio de medicina y si se considerase aceptable y factible la aplicación de las premisas que se proponen en el presente documento, sería necesario determinar en que -- forma y de acuerdo a cuáles principios se va a proceder a determinar la estructura más factible y más de acuerdo con ta-- les premisas.

Conviene señalar que, en este capítulo como en el prece-- dente, el carácter de observadores externos, sin el conoci-- miento de la realidad existente en un determinado país, nos -- impide hacer recomendaciones concretas en cuanto a la adop-- ción de determinada alternativa estructural. Nos limitaremos,

por tanto, a la discusión de algunos principios generales y a la presentación esquemática de una alternativa según la cual las premisas anteriormente discutidas podrían ser incorporadas al diseño de una estructura curricular.

Es conveniente señalar que cualquiera que fuese la alternativa adoptada, el Plan de estudios habrá de tener un grado suficiente de flexibilidad que permita su ejecución sin alterar la marcha normal de los servicios, y los docentes que tengan a su cargo la ejecución de las unidades requerirán de - - cierto grado de independencia para ajustar sus programas de - acuerdo con las circunstancias que se vayan presentando y los resultados que se vayan obteniendo.

Naturaleza y secuencia de las unidades curriculares.- La naturaleza y secuencia de las unidades que compondrían el - - plan de estudios tendrían que ser determinados tomando en - - cuenta lo siguiente:

1. La división del Plan de estudios en unidades, etapas o - fases impone una parcelación artificial del objeto del - aprendizaje. En el caso de la educación médica tal parcelación es inevitable por la extensión de la materia a cubrir y por la duración de los estudios.
2. En principio, dicha parcelación debería ser hecha de manera que los conceptos fundamentales cuya integridad interesa que perciban y adopten los alumnos no sean presentados de manera desintegrada. Ello implica, por ejemplo, que unidades destinadas al estudio de aspectos o partes del ser humano o de la comunidad enteramente aislados - - del conjunto, deben ser evitados, si se quiere lograr la percepción del hombre como unidad bio-psico-social objeto de la acción médica. Igualmente, unidades que presen

ten aspectos de las acciones de salud aislados del conjunto de estas resultarían inconvenientes si se desea hacer énfasis en la asistencia médica integral. En otras palabras, la división del Plan de estudio en unidades debe -- ser hecha de manera coherente con el marco conceptual que se haya establecido.

3. Un criterio aceptable para la definición de unidades podría ser la clasificación de los mecanismos etiopatogénicos. Si se adoptase tal criterio, el diseño interno de cada unidad debería ser concebido de manera que permitiese a los alumnos percibir claramente el concepto de multicausalidad que de otra manera podría pasar desapercibido.
4. Los propios elementos que integran el marco conceptual podrían servir como criterios definitorios de los centros de énfasis o interés de las unidades curriculares. Se procuraría que la unidad o fase inicial expusiese a los alumnos una visión panorámica aunque superficial del conjunto conceptual que se haya adoptado, lo cual les serviría anteriormente de marco de referencia y de esquema organizador. Las unidades o etapas subsiguientes, sin perder de vista el conjunto estarían centradas en aspectos particulares del marco conceptual.
5. Otro criterio podría ser la consideración, como centros de interés de las unidades, de los procesos vitales básicos reproducción, crecimiento y desarrollo, mecanismos de regulación funcional, nutrición, vida de relación, envejecimiento, acción y reacción frente a agresiones externas, etc.
6. Si la integración docente-asistencial demuestra ser factible y conveniente, la naturaleza y secuencia de las unida

des curriculares tendrán que tomar en cuenta la naturaleza de los servicios disponibles, su capacidad, su ubicación, el papel que los alumnos podrían desempeñar en ellos, etc.

7. Independientemente del criterio seleccionado para definir las unidades del Plan de estudios, se debería procurar -- que la secuencia de éstas fuese tal que cada una de ellas contuviese elementos que de manera lógica y natural lleva sen a la consideración de la siguiente sin saltos ni interrupciones.
8. La decisión final en cuanto a estructura general del Plan de estudios tendría que estar dada por la concurrencia de los criterios de carácter conceptual y circunstancial que ha sido mencionados hasta ahora. A título de ejemplo, en el Anexo I se propone, en forma muy esquemática, la estructura general de un plan de estudios fundamentado en las premisas que hemos venido comentando y tomando como base para la división por unidades, al criterio expuesto en el número 5.

## LA ESTRATEGIA DE CAMBIO

La decisión de llevar a cabo cualquier cambio dentro de los lineamientos discutidos en el presente documento, tendría que estar estrechamente relacionada con los planes nacionales de salud y formar parte de una política general de cambio en la educación profesional y en la estructura de las instituciones de educación superior.

Cambios como los descritos presuponen, por otra parte, modificaciones en la concepción tradicional del proceso educacio

nal y en la actitud de profesores, alumnos y personal de los servicios de salud.

Un aspecto que merece especial referencia es el relativo a las características que deberá tener el personal a cuyo cargo estuviese la enseñanza de la medicina dentro del nuevo Plan. El cambio de una enseñanza enclaustrada en la escuela de medicina y el hospital universitario y centrada en disciplinas, a una extendida a todos los servicios de salud y en la cual las disciplinas tradicionales pasan a un plano diferente, presupone la reeducación del personal docente actual de manera que perciba y acepte su nuevo papel y aprenda a ejecutarlo adecuadamente. El cambio implicaría, por otra parte, la incorporación a la función docente de personal que en este momento sólo desempeña las funciones de servicio y que también debería ser adiestrado.

Se nos hace difícil imaginar un procedimiento que logre la reeducación del personal docente actual y el adiestramiento del personal de servicio que pasaría a tener funciones de enseñanza, sin envolver a los interesados en una verdadera experiencia práctica. Por otra parte, la adopción de algunas de las ideas propuestas podría provocar, tanto en el proceso docente como en la marcha de los servicios de salud, consecuencias que no es posible preveer y que solamente podrán ser apreciadas una vez que el nuevo programa entre en funcionamiento.

Por todo lo que antecede, nos permitimos proponer que para la eventual implementación de un cambio en la educación médica dentro de los lineamientos contenidos en el presente documento, se proceda de acuerdo a una estrategia cuidadosamente establecida. A manera de sugerencia, presentamos un esquema estratégico que podrá orientar en este sentido:

1. Amplia discusión y aceptación, en principio, de las premisas que han sido propuestas. Esta discusión y aceptación en principio tendría que extenderse a los niveles de decisión de los ministerios de Salud Pública y Educación de las universidades.
2. Designación de un comité de trabajo que tenga a su cargo la promoción del proyecto y su elaboración en detalle.
3. Promoción de las ideas básicas entre el personal docente actual de las escuelas de medicina y de aquellos servicios de salud que se considerasen aptos para la docencia. Esta propoción podría llevarse a cabo a través de una serie de conferencias, seminarios, foros, mesas redondas, etc.
4. Elaboración de un plan de estudios que se encuadra dentro de las premisas aceptadas y tome en cuenta los planes y políticas de salud y educación del país y que pueda ser puesto en práctica a escala limitada, con el propósito de:
  - a) poner a prueba la fundamentación teórica y los medios de implementación adoptados; b) familiarizar con los nuevos enfoques a un grupo seleccionado de personal y adiestrarlo en su implementación; c) hacer, sobre la marcha, los reajustes que la experiencia vaya aconsejando, y d) adiestrar nuevos grupos de personal destinados a expandir el proyecto hasta cubrir toda la educación médica del país.
5. Selección de un grupo de docentes que demuestre interés y capacidad para participar en la experiencia limitada y que incluya personal docente actual (de ciencias básicas,

de clínica, de salud pública y de ciencias de la conducta) y personal de los servicios que se utilizaría como sede del proyecto.

6. Elaboración, conjuntamente con los docentes seleccionados de los detalles operacionales del proyecto, incluyen objetivos y experiencias educativas detallados para cada una de las unidades del Plan de estudios y los criterios de evaluación de los resultados.
7. Puesta en práctica de la experiencia limitada en un segmento de los servicios de salud de una provincia, con un grupo reducido de estudiantes.
8. Evaluación y reajuste continuos de la experiencia.
9. Incorporación de un nuevo grupo de docentes seleccionados para que sean adiestrados en el manejo del programa y -- puedan a su vez, iniciar su ejecución con otro grupo de alumnos y en otro segmento de los servicios de salud. Es te procedimiento se iría repitiendo de acuerdo con las posibilidades que señale la experiencia, hasta cubrir to da el área de influencia de la Escuela.

Los posibles inconvenientes que pudieran resultar de la adopción del esquema propuesto o de otro similar, tendrían -- que ser comprobados con los que pudiesen generar un cambio ex tensivo desde el primer momento, a toda la educación médica.

Alternativas para la estructura general de un nuevo  
Plan de estudios para las escuelas de medicina

1. La alternativa estructural que se propone en el presente documento sólo representa un ejemplo. En su desarrollo se ha partido de una serie de premisas de carácter general sobre el proceso de enseñanza aprendizaje en medicina. Las circunstancias locales que pudieran incidir sobre la interpretación de tales premisas, han sido tomadas en consideración con las limitaciones que para ello tiene un observador externo. La elaboración de un plan definitivo tendría que estar basada en un conocimiento más profundo de tales circunstancias.
2. En la elaboración de esta alternativa se ha procurado -- que todas las experiencias docentes se desarrollen alrededor del concepto "salud" y que en ningún momento se -- pierda de vista la integridad del ser humano y de los -- servicios destinados a la promoción, conservación y restitución de salud.
3. Con el propósito de lograr lo anterior, se ha dividido - el Plan de estudios en "Unidades", cada una de las cua-- les tiene su centro de interés en un proceso biológico - básico del ser humano, cuyas relaciones e implicaciones con la salud individual y colectiva son estudiadas de ma-- nera integral, partiendo de hechos reales y concretos.
4. Para alcanzar esto último, se procura que todas las uni-- dades se desarrollen teniendo como centro primordial de actividades los propios servicios de salud en sus dife-- rentes niveles; y para hacer más positiva la presencia -

- de los alumnos en dichos servicios, se procura que desde las etapas iniciales del Plan ellos reciban adiestramiento práctico que les permita asumir responsabilidades progresivamente crecientes en la prestación de servicios.
5. Deliberadamente se ha evitado hacer estimaciones en cuanto a la duración de las diversas unidades, por cuanto -- tal cosa implicaría una elaboración mucho más detallada, lo cual está más allá del propósito del presente documento. Conviene señalar, sin embargo, que la duración de las unidades variaría de una u otra y que algunas de ellas podrían tener un desarrollo más o menos simultáneo.
  6. Las primeras tres unidades se describen con un grado de detalle mayor que las subsiguientes, con el propósito de que las mismas ilustren mejor lo que se propone. Se considera impropcedente, en esta etapa, describir con más de talle todas las unidades y se cree que su presentación - esquemática es suficiente para transmitir una imagen del conjunto.
  7. Aunque no está explícitamente señalado en cada una de -- las unidades, se espera que en todas ellas existan los -- siguientes elementos comunes: a) el enfoque integral de los problemas desde el punto de vista individual y colectivo; normal y patológico; curativo y preventivo; somático y afectivo; b) la participación activa de los alumnos en la prestación de servicios de salud, utilizando conocimientos adquiridos en unidades precedentes; c) el estímulo a la observación y el desarrollo de esta facultad y de una actitud inquisitiva por parte de los alumnos; d) la práctica constante se proceso de análisis, síntesis, juicio crítico y toma de decisiones por parte de los -- alumnos; e) el desarrollo de buenas relaciones médico-pa

- ciente y médico-otro personal de salud y el conocimiento y comprensión de los diversos factores que inciden sobre tales relaciones; f) el uso adecuado de los procedimientos para la búsqueda de información y para la autoeducación.
8. Todas las unidades implican la existencia de un equipo docente multidisciplinario que deberá estar totalmente comprometido de la filosofía del programa y adecuadamente adiestrado en su ejecución.
  9. Todas las unidades implican el uso simultáneo de facilidades físicas y recursos a nivel de los servicios de salud y en aulas y laboratorios que no podrán estar ubicados en la escuela de medicina o en los propios servicios.

#### Primera Unidad (Fundamentación conceptual e instrumental)

Tendría por propósito que los alumnos hicieran conscientes sus preconceptos sobre salud y enfermedad, normalidad y anormalidad y los confrontasen con la realidad a través de experiencias dirigidas. También confrontarían los conceptos individuo-colectividad por una parte, y método epidemiológico-método clínico, por la otra.

Otro propósito sería la adquisición de habilidades para hacer observaciones clínicas elementales (interrogatorio, observación general y reconocimiento de anormalidades, toma de peso, talla, pulso, presión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria, toma de muestras de sangre venosa y capilar, heces y orina; procesamiento de exámenes de laboratorio clínico básicos (hemoglobina, recuento de células blancas, fórmula sanguínea, examen de heces de orina); recopilación y procesamiento estadístico elemental de los resultados.

Las actividades a desarrollar para lograr tales propósitos serían una serie de encuestas de salud en diversos grupos de población, en los cuales los alumnos tratarían de separar su universo en sanos y enfermos utilizando instrumentos de -- complejidad y precisión progresivamente crecientes e incorporando al análisis, también en forma progresiva, nuevas variables con el propósito de comprobar el valor relativo del concepto de normalidad-anormalidad, de laboratorios y de procesamiento estadístico de la información, se llevaría a cabo como subproducto de tales actividades.

Los lugares donde se desarrollaría el programa serían la comunidad y todos los servicios de salud disponibles, aulas y laboratorios de la escuela de medicina o de los propios servicios de salud.

- En el desarrollo de las actividades se procuraría que casos especialmente seleccionados podrían servir para introducir y demostrar el concepto de historia natural de la enfermedad, la clasificación de los mecanismos etiopatogénicos y el concepto de multicausalidad.
- Algunas de las variables se analizarían por grupos de edad -sexo y se comentarían las diferencias haciendo resaltar la importancia del proceso de crecimiento y desarrollo.
- Los casos de mujeres embarazadas que pudieran ser detectados en la encuesta darían motivo para introducir a los alumnos en el concepto de reproducción y perpetuación de la especie humana y las relaciones entre demografía y salud. Este último punto permitiría el pasaje natural a la segunda unidad.

## Segunda Unidad (Reproducción y perpetuación de la especie humana y sus relaciones con la salud individual y colectiva)

Esta segunda unidad tendría como propósito que los alumnos profundicen en el conocimiento y comprensión de los mecanismos biológicos, psicológicos, ecológicos y sociales que intervienen en el proceso de reproducción y perpetuación de la especie humana y sus relaciones con la salud individual y colectiva

Otro propósito de esta unidad sería el aprendizaje de los procedimientos utilizados en una consulta prenatal, la atención del parto normal y la observación de complicaciones del embarazo y el parto.

Un último propósito sería el esfuerzo de los conocimientos adquiridos en la primera unidad, por medio de su aplicación repetida en la atención de pacientes y las discusiones de grupo y análisis individuales de las observaciones y experiencias.

Se desarrollaría en la consulta prenatal de policlínicos y en salas de trabajo de parto y en aulas y laboratorios de la escuela de medicina o anexos a los servicios asistenciales.

## Tercera Unidad (La salud y el proceso de crecimiento y desarrollo)

A partir de la observación de niños prematuros en la unidad anterior y su comparación con niños nacidos a término, se introducirá a los alumnos en el estudio del proceso de desarrollo y crecimiento y sus relaciones con la salud.

Esta unidad, que se desarrollaría fundamentalmente en -- servicios de puericultura y pediatría, serviría para que los alumnos comprendan los principios generales que rigen el proceso normal de crecimiento y desarrollo, las etapas que lo -- constituyen y conozcan y apliquen los indicadores que habi- - tualmente se utilizan en su estudio. Al observar el creci- - miento de los niños en talla y peso, se relacionará este fenó - meno con la ingestión de alimentos y ella servirá para ini- - ciar a los alumnos en el estudio del metabolismo intermedio.

Igualmente, al referirse al desarrollo somático y visce- - ral, se harán observaciones en fetos y niños muertos con el - objeto de que los alumnos aprendan a reconocer macroscópica y microscópicamente elementos anatómicos (tejidos y órganos) -- así como su ubicación y relaciones.

En esta unidad se introducirá el concepto de aparatos y sistemas haciendo hincapié en el concepto de integridad funcio - nal del ser humano sobre la base de observaciones clínicas y experiencias de laboratorio.

Esta unidad se llevará a cabo fundamentalmente, en salas de recién nacidos, consultas y salas de pediatría, escuelas, anfiteatro de anatomía, laboratorio multidisciplinario y au- - las. Con el propósito de que los alumnos sigan ejercitándose en la aplicación de los conocimientos adquiridos en las unida - des precedentes harían guardias nocturnas y de fines de sema- - na en salas de parto donde tendrían a su cargo los ingresos, los exámenes de laboratorio de rutina y la atención de partos normales; avanzarían en la observación de partos distócicos y complicados y se iniciarán en la atención supervisada de los mismos.

- En el desarrollo de las actividades se procuraría que casos especialmente seleccionados podrían servir para introducir y demostrar el concepto de historia natural de la enfermedad, la clasificación de los mecanismos etiopatogénicos y el concepto de multicausalidad.
- Algunas de las variables se analizarían por grupos de edad-sexo y se comentarían las diferencias haciendo resaltar la importancia del proceso de crecimiento y desarrollo.
- Los casos de mujeres embarazadas que pudieran ser detectados en la encuesta daría motivo para introducir a los alumnos en el concepto de reproducción y perpetuación de la especie humana y las relaciones entre demografía y salud. Este último punto permitiría el pasaje natural a la segunda unidad.

#### Cuarta Unidad (La salud y los mecanismos de regulación funcional)

A partir de los conocimientos adquiridos en las unidades precedentes sobre las funciones reproductora y de crecimiento y desarrollo, se iniciaría en esta unidad el estudio de los mecanismos de regulación funcional (sistema nervioso vegetativo y sistema endócrino) y sus alteraciones. Se aplicaría el esquema sugerido para el tratamiento integral de un problema médico (Figura 2) partiendo de la observación de niños con anomalías del desarrollo (de origen hipofisiario y tiroideo), mujeres con disfunciones en su ciclo menstrual y otras encrinopatías. Uno de estos cuadros sería seleccionado para ser reproducido y estudiado experimentalmente.

Esta unidad serviría para estudiar todo lo relativo a regulación neuroendócrina y hemoestasis, incluyendo función renal y equilibrio -ácido-básico y se llevaría a cabo en salas de emergencia, consultas y salas de pediatría y de ginecología-obstetricia.

#### Quinta Unidad (Salud y nutrición)

En los mismos ambientes que la unidad anterior, los alumnos observarían pacientes con trastornos nutricionales y aprenderían todo lo relativo a alimentación, proceso digestivo y metabolismo intermedio.

Se observarían casos de desnutrición, de obesidad, de diabetes, etc., y se reproducirían experimentalmente algunos de ellos para comprender mejor su fisiopatología.

#### Sexta Unidad (La salud y la vida de relación)

La observación de pacientes diabéticos, con acidosis o con coma y trastornos en la vida de relación, permitiría introducir a los alumnos al estudio del sistema nervioso central, su estructura y función normales y sus alteraciones más importantes. Al observar casos de alteraciones de la función motora se estudiaría lo relativo al sistema locomotor. Durante esta unidad también se estudiaría todo lo relativo a órganos de los sentidos.

La unidad se desarrollaría, fundamentalmente, en salas hospitalarias de medicina y neurología y en salas de emergencia.

### Séptima Unidad (La salud y el proceso de envejecimiento)

El estudio de pacientes con accidentes cerebro-vasculares en la unidad anterior, daría oportunidad para abordar el estudio de la arterioesclerosis y del proceso de envejecimiento general.

### Octava Unidad (La Salud y los agentes agresores externos)

En esta unidad se estudiarían las relaciones del ser humano con los agentes agresores externos y sus reacciones a ellos. Se utilizarían, lo mismo que en unidades precedentes, observaciones clínicas y epidemiológicas y se llevarían a cabo experiencias de laboratorio que ilustrasen los mecanismos de acción y reacción envueltos en diversos procesos cuya causa fundamental corresponde a una agresión exterior.

### Novena Unidad (La salud, el trabajo, la recreación y el descanso)

Estaría destinada al estudio de la salud ocupacional en todos sus aspectos y seguiría líneas generales de desarrollo similares a las descritas en las unidades precedentes.

### Décima Unidad (Atención a pacientes hospitalizados)

Se llevaría a cabo como un internado rotatorio en hospitales regionales con oportunidad para observar y estudiar casos en el hospital provisional cuando sea indicado. Este internado podría estar dividido en las cuatro ramas clínicas bá

sicas (medicina, cirugía, obstetricia y pediatría) con igual intensidad o podría dar mayor peso a alguna de ellas.