



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**PERFILES
EDUCATIVOS**

ISSN 0185-2698

García Colorado, Carmen, Morales López, Sara (1993)
**“EXPERIENCIA INNOVADORA EN EL CAMPO DE LA FORMACIÓN
DEL MEDICO: EL PLAN A-36”**
en Perfiles Educativos, No. 59 pp. 55-71.

EXPERIENCIA INNOVADORA EN EL CAMPO DE LA FORMACIÓN DEL MÉDICO: EL PLAN A-36

Carmen GARCÍA COLORADO*
Sara MORALES LÓPEZ**

Describe el desarrollo del Programa de Medicina General Integral (A-36), plan de estudios innovador en la enseñanza de la medicina, como uno de los proyectos que en los años setenta se propuso como alternativa para lograr cambios, tanto en el proceso de formación como en el perfil del médico.

En el momento presente es difícil hacer un balance ya que no se han evaluado suficientemente las potencialidades de los programas innovadores, pero se presentara un punto de vista para contribuir a la comprensión del proceso y los resultados del proyecto A-36.

INTRODUCCIÓN

La educación médica ha sido una de las áreas de formación profesional en la que se ha puesto especial atención en la aplicación de métodos de enseñanza, y en la adopción de nuevas propuestas didácticas y la reconceptualización del perfil profesional.

Esto se ha manifestado en las reflexiones vertidas en las reuniones nacionales y latinoamericanas de escuelas y facultades de medicina, así como en la conformación de instancias de formación docente especiales para el área de la salud y en la creación de departamentos de apoyo educativo en varias escuelas de medicina.

La cristalización de las ideas de cambio, sin embargo, requirieron de la creación de proyectos innovadores, ya que en los contextos de formación tradicionales no se facilita la introducción de cambios sustanciales orientados a la apertura de otros esquemas de formación profesional.

En los años setenta, la coyuntura política permitió la creación de espacios de formación en los que la innovación permitió desarrollar ideas largamente discutidas y apoyadas por algunos grupos en el ámbito médico.

Ahora nos encontramos en otro momento histórico, que también plantea y demanda cambios; a partir de los años ochenta existe una reducción de la matrícula de educación superior, una demanda de calidad educativa y orientación de las profesiones, que a su vez responde a variadas demandas sociales y a una problemática de desempleo y desvalorización de los títulos profesionales.¹

* Profesora de la Sección de Pedagogía Programa de Medicina General Integral A-36 Fac. Medicina, UNAM.

** Jefa de la Sección de Producción y Revisión de Documentos Modulares. Programa de Medicina General Integral (A-36). Facultad de Medicina, UNAM.

Ante esta problemática, existe la propuesta de diferenciar la calidad de las instituciones y así "acentuar la dicotomía entre una educación masiva y otra elitista",² y, por otra parte, se sigue insistiendo en la transformación de las instituciones educativas en el sentido de disminuir diferencias, para lo cual se necesitaría una metodología que permita abordar los problemas de la realidad social a través de acciones de investigación y servicio vinculadas a la docencia, que den por resultado la formación de un profesional consciente y orientado a los problemas de las grandes mayorías.^{3,4}

Debemos insistir, si embargo, en que las experiencias de los programas innovadores no se pierdan o ignoren, y constituyan, al menos, un sustento importante para la construcción de nuevos planes; este rescate de experiencias implica un gran esfuerzo por parte de los actores del proceso. Para la realización de este trabajo se llevo a cabo un proceso de reconstrucción histórica (1974-1991), con base en los pocos documentos elaborados a lo largo de estos años y en el testimonio oral de los fundadores y actores (alumnos, docentes y directivos) del proceso de desarrollo del plan A-36 de la Facultad de Medicina, UNAM.

I. Antecedentes del Plan A-36

Una de las carreras más antiguas y de mayor tradición es la medicina. En la historia de la Universidad, esta ha adquirido un alto estatus como profesión y por el gran número de egresados que ha tenido en su desarrollo histórico.

La historia de la carrera de medicina esta vinculada a la historia de la Universidad, haremos un breve recorrido por hasta el momento en que surge en plan A-36.

Durante mucho tiempo la Universidad fue un espacio restringido en cuanto al número de personas que podían tener acceso a ella, un espacio conservador de estructuras tradicionales administrativas y académicas y un espacio desvinculado de la realidad social de las mayorías.

A partir de los años cincuenta, el papel de la Universidad fue cuestionado, las críticas a la Universidad giraban en torno a su:

falta de contacto y compromiso con la realidad, su escasa generación de conocimientos, su falta de personal docente profesionalizado, su desatención hacia las expectativas y motivaciones de las nuevas generaciones que ingresaban a las aulas. En fin, se le criticaba su lentitud para adaptarse a las exigencias de sociedades en plena modernización, donde sectores cada vez más vastos y numerosos de las clases medias, incluso sus nuevos estratos emergentes de la capital y las provincias descubrían el valor de la enseñanza superior, y presionaban por colocar ahí a sus hijos, incluidas las mujeres.⁵

En esta época se dieron cambios importantes en los sistemas de educación superior que los convirtieron, en poco tiempo, en sistemas masivos de educación.

La orientación de la Universidad también cambió. De una institución que reproducía una clase política y cultural muy reducida se torno en otra, que ahora abría sus puertas a estratos sociales que antes no tenían acceso a ella y a la que se le pedía responder a la problemática de una gran cantidad de sectores sociales:⁶

Se espera que formen profesionales, provean conocimientos útiles para el desarrollo, reduzcan la brecha científico-tecnológica que se ha ido produciendo entre los países de la periferia y los del centro, contribuyan a formar las elites y que eleven la calidad de sus servicios

haciéndose cargo simultáneamente de distribuirlos de manera más equitativa entre todas las clases de la población [...] así puede decirse que junto con el surgimiento de la educación superior de masas, la propia idea de universidad experimento una relativa desacralización o desencantamiento.⁷

Como consecuencia de la represión del movimiento estudiantil del 68, el Estado trato posteriormente de reconciliarse con los sectores universitarios disidentes y ofreció mayores facilidades para acceder a la educación superior, así como una mayor apertura para la participación de los estudiantes y los maestros en la generación de modelos educativos alternativos. Se crearon nuevas universidades en las que pudieron desarrollarse programas innovadores con nuevas estructuras organizativas. Estos nuevos modelos conllevaron discursos de gran peso social y educativo y una nueva visión de las prácticas profesionales. Uno de ellos fue el Plan A-36.

Formación y práctica médica

La relación entre el Estado y la universidad mexicana antes de los años cuarenta era muy distante, nos sustentaban los mismos fines. En tanto el Estado surgido de la Revolución tenía como tareas prioritarias las de la salud publica, la Universidad seguía formando médicos tradicionales.

En los 20s, cuando el estado intenta crear la especialidad en salud pública como una carrera terminal, paralela a la medicina clásica tradicional, la Facultad de Medicina se negó a aceptar la propuesta, lo cual explica el surgimiento de la Escuela de Salud Pública dependiente de Salubridad.⁸

A mediados de los años cuarentas, la tendencia populista del Estado se transformó, ahora, el profesionista liberal egresado de la Universidad coincidía con los intereses del Estado. En esta época, era el ejercicio liberal de la medicina constituía el modelo dominante; de los sentidos para la elaboración del diagnóstico (Escuela Francesa). El médico era una persona allegada a los núcleos familiares, que visitaba en el domicilio y se constituía en el médico de la familia.⁹

En los años cincuenta fue tomando fuerza la influencia del modelo norteamericano tecnologizado, individualista y especializado, lo que coincide y se agudiza con el inicio y la expansión de los sistemas de seguridad social.¹⁰

En los años sesenta predomino la práctica institucional de la medicina. De hecho, en la V Reunión de la Asociación Nacional de Escuelas de Medicina en 1962, se hizo manifiesta, como parte de la problemática de la transición de la práctica médica:

la socialización de la medicina, la desaparición, casi, del médico de familia, la necesidad de realizar una especialización, todos estos son factores que influyen para que el médico recién egresado se enfrente a un panorama que no existía hace cuatro lustros.¹¹

En 1960, la Facultad de Medicina de la UNAM, que era la que aportaba el mayor número de egresados universitarios, respondía a las necesidades planteadas por las instituciones de salud, a través de un cambio en el plan de estudios que se orientaba al estudio especializado por aparatos y sistemas, y reglamentaba un internado rotatorio de pregrado y un servicio social ampliado a un año "...cubriendo de inmediato una parte importante de la capacidad de trabajo que la expansión hospitalaria requería, además se estaba preparando a futuro el tipo de médico que dichas instituciones requerían".¹² En el ámbito de los sistemas de salud se manifestaban inquietudes en torno a la atención de los problemas de salud de las mayorías, es decir se planteaba la necesidad de un cambio en la atención médica, que tomara en cuenta las pésimas condiciones de salud en las que

se encontraban las poblaciones de América Latina. En 1961, el "Plan decenal de salud pública de las Américas" hacía recomendaciones

...para extender la cobertura de los servicios, incrementar la expectativa de vida al nacer y la definición de metas para reducir determinadas tasas de mortalidad. El plan además prestó interés definido a los programas materno infantiles, al crecimiento poblacional y a la nutrición, por primera vez se invocó la participación de la comunidad y se abordó el tema relativo al desarrollo de los recursos humanos para la salud.¹³

Estos esfuerzos se concretaron en la Organización Panamericana de la Salud, particularmente en el programa "Salud para todos en el año 2000", a través de la atención primaria de la salud y la participación de la comunidad.

A pesar de que la educación médica estaba orientada al modelo individualizado, especializado y de hospital, en las reuniones continentales de autoridades de salud y asociaciones profesionales se comenzaba a reconocer la necesidad de integración de los factores sociales y biológicos. En una reunión, celebrada en 1973, de las escuelas y facultades de medicina de Latinoamérica, la temática se centraba en el análisis del que hacer médico con relación al precario estado de salud de las poblaciones, y se reconocía que

no siempre en la enseñanza se da prioridad a la situación que afecta las grandes mayorías [...] En la medida en que la Universidad contribuya a que se reconozca que lo fundamental para el desarrollo es el bien común, será posible reformar la educación en los términos señalados.¹⁴

En esta misma reunión, se criticaba la orientación de los sistemas de salud de América Latina y se planteaba que el médico

... estrechamente vinculado a los problemas políticos y sociales, con un concepto integral del hombre como unidad bio-psico-social, con un concepto ecológico del fenómeno salud-enfermedad y un criterio integral preventivo-curativo [...] con una actitud positiva hacia el trabajo colectivo en equipo; conocedor de los valores culturales de nuestra sociedad.¹⁵

Aunque estas ideas venían gestándose desde los años cincuenta, en un estudio sobre las escuelas de medicina en Latinoamérica de 1972 se menciona que las materias de medicina preventiva y social de los diversos planes de estudios tenían asignado sólo el 5 por ciento del total de horas dedicadas a la formación del médico. Lo que señala dicho estudio

constituye una abierta contradicción con las declaraciones de las directivas de escuelas y reuniones internacionales sobre la importancia de esas materias para la formación profesional [...] [esto] influye directamente en la evolución de la medicina como disciplina, en la imagen que el alumno adquiere y en la que la población tendrá del médico.¹⁶

Es hasta los años setenta que logro introducirse, en algunos planes de estudio, un discurso que apelaba desde hacía tiempo a la necesidad de formar un médico cuya orientación fuera preventiva y cuyo compromiso estuviese orientado a las necesidades de salud de las mayorías desprotegidas.¹⁷

Por otro lado, en el discurso oficial de salud se aceptaba la necesidad de transformar el perfil del médico, a partir de la crítica al modelo especializado, de alto costo, buscando otras alternativas a través de un sistema de niveles de atención, con énfasis en el contacto primario, capaz de manejar los problemas de salud más frecuentes de la comunidad con acciones deliberadas de prevención.¹⁸

En esta época, se hacían coincidir las políticas educativa y de salud, médica, si bien de una manera marginal, conservándose, por otro lado, los espacios en que se valida y reproduce el modelo dominante de la práctica médica.

Las propuestas innovadoras en educación médica

Al generarse varias experiencias innovadoras entre las cuales esta el plan piloto experimental del doctor Carlos Biro, en 1971, de la Facultad de Medicina de la UNAM, El Plan Piloto "Guadalupe" en Monterrey, Nuevo León, el Plan A-36 de la Facultad de Medicina de la UNAM en 1974, el proyecto UAM Xochimilco y las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales de la UNAM (Zaragoza e Iztacala). En estos planes innovadores se recoge el discurso de Atención Primaria para la Salud, y se postulan principios como:

...la integración de la teoría con la práctica; de la docencia con el servicio; de la docencia con la investigación; de las disciplinas biomédicas, psicomédicas y socio médicas que componen el campo del saber médico; del estudio independiente con la enseñanza tutorial; de la enseñanza para la memorización con la enseñanza para la comprensión y para la solución de problemas".¹⁹

Es importante señalar que cada uno de estos principios fue interpretado de diferente manera en cada una de estas experiencias educativas. En tanto se incrementaba la matrícula y se generaban nuevos modelos educativos, en el sector salud hubo constricción de las instituciones prestadoras de servicios de atención a la salud, afectando tanto el empleo como la construcción de nuevas unidades hospitalarias(a). Asimismo el enfoque sostenido de los sistemas de salud era aun de atención hospitalaria y especializada, mientras que el 35 por ciento de los mexicanos no tenía acceso al sistema de salud. Se cuestionaba por ello la validez del modelo dominante pues se juzgaba inequitativo, ineficaz y de elevado costo.²⁰

Ante la crisis del modelo hospitalario especializado, [...] [la propuesta de] los planes de enseñanza modular [...] [fue adecuada por su] interés por vincular [las] acciones formativas con las necesidades del desarrollo social, [esto los hizo] mantenerse atentos y sensibles a las transformaciones gestadas en los servicios de salud. Por ello, anticipándose a las declaraciones de Alma Ata y del Programa Nacional de Salud 1984-1998, reorientaron la educación médica para fortalecer los servicios de baja densidad tecnológica y propiciar una atención integral a la salud.²¹

Con variantes derivadas de las diversas concepciones pedagógicas en las que se basaban, los planes modulares en la educación médica condujeron a una serie de rupturas con respecto de los planes tradicionales en diversos puntos:

1. El cuestiona miento al modelo tradicional de enseñanza basado en la lección como método didáctico principal.
2. Un re planteamiento de las funciones de la institución educativa en términos de una mayor relación con la problemática social.
3. Una concepción del aprendizaje que privilegia el papel del sujeto en la construcción del conocimiento ²² y por tanto el reconocimiento del papel relevante de la práctica en el aprendizaje (relación teoría-práctica).
4. Una nueva organización del conocimiento alrededor de objetos de estudio de la práctica profesional y no de las disciplinas.

II. Propuesta inicial del Plan A-36

Las grandes inquietudes que propicio la crisis en la educación y práctica médicas -debida a la masificación, el desempleo y el cuestionamiento de la práctica dominante-, se tradujeron, en el interior de la Facultad de Medicina, en modelos de enseñanza alternativos y en el fortalecimiento de la Secretaría de Educación Médica.

En 1971, siendo director de la Facultad el doctor José Laguna, se daría "un proceso de consulta entre alumnos, profesores y autoridades, para analizar la situación de la atención de la salud y de la educación médica en el país".²³ Al realizarse dicho proceso de consulta por parte de la Secretaría de Educación Médica a cargo del doctor José Manuel Álvarez Manilla, se ubicaron los siguientes problemas:

- Poca congruencia entre el tipo de médico que se pretendía capacitar, la formación general y los ámbitos de enseñanza en los que se realizaba la formación (en hospitales de especialidad).
- Divorcio entre la teoría médica y la práctica clínica; en los dos primeros años se enseñaba la teoría de las disciplinas básicas y en los dos siguientes la práctica clínica. Esta separación era producto de "la división en materias inconexas que se imparten paralelamente [...] que origina dispersión del conocimiento en la mayoría de los alumnos, dificultándoles el establecimiento de una integración del mismo".²⁴
- Técnicas didácticas inapropiadas. Tanto en las materias básicas como en las clínicas se abusaba de la lección como método didáctico, dándose una tendencia a la transmisión más que a la creación del conocimiento.
- El distanciamiento con relación a las verdaderas condiciones de salud de la población, como la enseñanza se desarrollaba en las aulas faltaba el "contacto del alumno con la comunidad y con el ambiente en el que se produce la enfermedad" (25). Como consecuencia, el estudiante centraba su atención en la enfermedad, descuidando el aspecto de la prevención, el cual es vital en su que hacer como médico.

Para resolver esta problemática surgieron varios programas, como el del doctor Carlos Biro, el cual fue puesto en práctica de marzo de 1972 a diciembre de 1973 en una área marginal del valle de México, en Ciudad Netzahualcóyotl, con la participación de 36 alumnos seleccionados con base en sus actitudes hacia el trabajo en equipo y de servicio a la comunidad.

Este programa tuvo resultados satisfactorios²⁶, no obstante, fue modificado y re elaborado por un equipo encabezado por el doctor José Laguna y el doctor José M. Álvarez Manilla entre otros, surgiendo en 1974 el plan de estudios A-36.

Los propósitos de este plan de estudios fueron:^{27, 28.}

- Formar médicos para la práctica general de la medicina, haciendo coincidir los medios con los fines, es decir, a partir de que el alumno enfrente los problemas reales que tendrá que resolver en su práctica médica.
- Evitar la división arbitraria entre la información teórica y la práctica, al permitir al alumno aplicar el conocimiento conformando así esquemas de acción.²⁹
- Articular el conocimiento en torno a ejes no disciplinarios, evitando así que las disciplinas compitan por el interés del alumno.

- Implantar una metodología activa que de oportunidad al alumno de realizar por si mismo actividades de aprendizaje para construir su conocimiento.
- Crear espacios de formación para llevar a cabo experiencias de aprendizaje que fortalezcan la práctica de la medicina general.

Para cumplir estos propósitos, la metodología de enseñanza debía basarse en la articulación del aprendizaje como un proceso personal de construcción del conocimiento, que requiere del sujeto un contacto con los objetos de la realidad. Tanto la organización de los contenidos, como las actividades de aprendizaje y el papel del docente requerían ser transformados.

El abordar los problemas de la realidad en el proceso de conocimiento requiere del auxilio de varias disciplinas (ver figura 1) y de una participación activa del sujeto en su propio aprendizaje, proceso dentro del cual el docente, más que transmisor del conocimiento, juega un papel favorecedor para su construcción.

El aprendizaje requiere de la construcción de los esquemas de acción que utilizan los médicos en su práctica. Como la práctica de la medicina constituía una larga serie de aplicación de esquemas de diagnóstico y de solución de problemas, desde el primer año se introdujo a los alumnos en los ámbitos clínicos y de comunidad en donde tendrían múltiples oportunidades de vivir experiencias que les permitieran construir los esquemas de acción mencionados, haciendo de esta manera significativo el conocimiento y evitar su rápido olvido.³⁰

De acuerdo al enfoque teórico de los esquemas de acción de Piaget, llevado a sus consecuencias prácticas, se infiere un proceso sincrónico de alternancia de los métodos teórico-deductivo y empírico-inductiva sincrónica del plan de estudios].³¹

La estructura diacrónica del plan de estudios dosificaba los problemas a los que se enfrentaba el alumno. Este partía del contacto con la población sana en riesgo de enfermarse, hasta llegar a "los servicios médicos en los cuales se prestan servicios de atención médica predominantemente preventiva y general, para ver la patología más frecuente y menos complicada"³² hasta los servicios intrahospitalarios y especializados (véase figura 2).

La propuesta original planificaba la práctica en tres niveles de atención: población sana, consulta general de pacientes ambulatorios y atención a los pacientes encamados en el hospital; como se puede observar en la figura 2, el primer nivel se imparte en los dos primeros años del plan de estudios.

Los ejes de articulación de los contenidos comprendían, en el primer año, el crecimiento y desarrollo humano desde la concepción hasta la adolescencia, y su relación con el medio; en segundo año, los aparatos y sistemas del cuerpo humano en relación a su constitución y función, y el estudio de la propedéutica y semiología de cada uno de ellos; en tercer año, la patología más frecuente de cada aparato y sistema, y, en cuarto año, su patología a nivel hospitalario. Todos los módulos debían estar integrados multidisciplinariamente en seis áreas de contenido.

Los programas de estudio correspondientes al 3o y 4o. años (2o. y 3er nivel) que debían ser llevados a cabo en las clínicas de medicina familiar y hospitales generales, fueron planeados en 1975 y tuvieron como antecedente un plan piloto llamado "Programa de clínica general" desarrollado por los doctores José Rodríguez Domínguez, José Narro Robles, Manuel Ruiz de Chávez y José Meljem.

La organización académico-administrativa se dividió en una estructura operacional constituida, por un lado, por la estructura docente conformada por un coordinador y profesores de apoyo, de laboratorio multidisciplinario y un técnico preparador-almacenista y por el otro, por una estructura sanitario-asistencial a cargo del director del centro de salud.

También se creó una estructura de apoyo dividida en tres áreas: docente, donde se incluían los coordinadores de área y el coordinador de programación docente; técnica, a cargo de personal de pedagogía y tecnología educacional y logística, a cargo del personal propiamente administrativo. Esta estructura de apoyo se encontraba situada en la Facultad de Medicina y el Centro Latinoamericano de Tecnología Educacional para la Salud.

La propuesta original contemplaba un consejo de planeación conformado por los asesores para cada área, un coordinador general, el director de la Facultad y los secretarios de la misma encargados de coordinar, supervisar y evaluar todas las acciones educativas.

III. Evolución del programa

El Programa fue iniciado el 14 de febrero de 1974 con ocho tutores; ocho grupos con 36 alumnos cada uno, estos alumnos acudieron voluntariamente después de haberle proporcionado a toda la generación de nuevo ingreso de la Facultad de Medicina, UNAM, pláticas de sensibilización acerca de la propuesta educativa del programa. A partir de 1977 el ingreso a este fue asignado y no voluntario.

En este apartado abordaremos distintos aspectos que consideramos básicos para entender el modelo educativo del A-36 y su proceso de desarrollo.

1. Organización académico-administrativa.

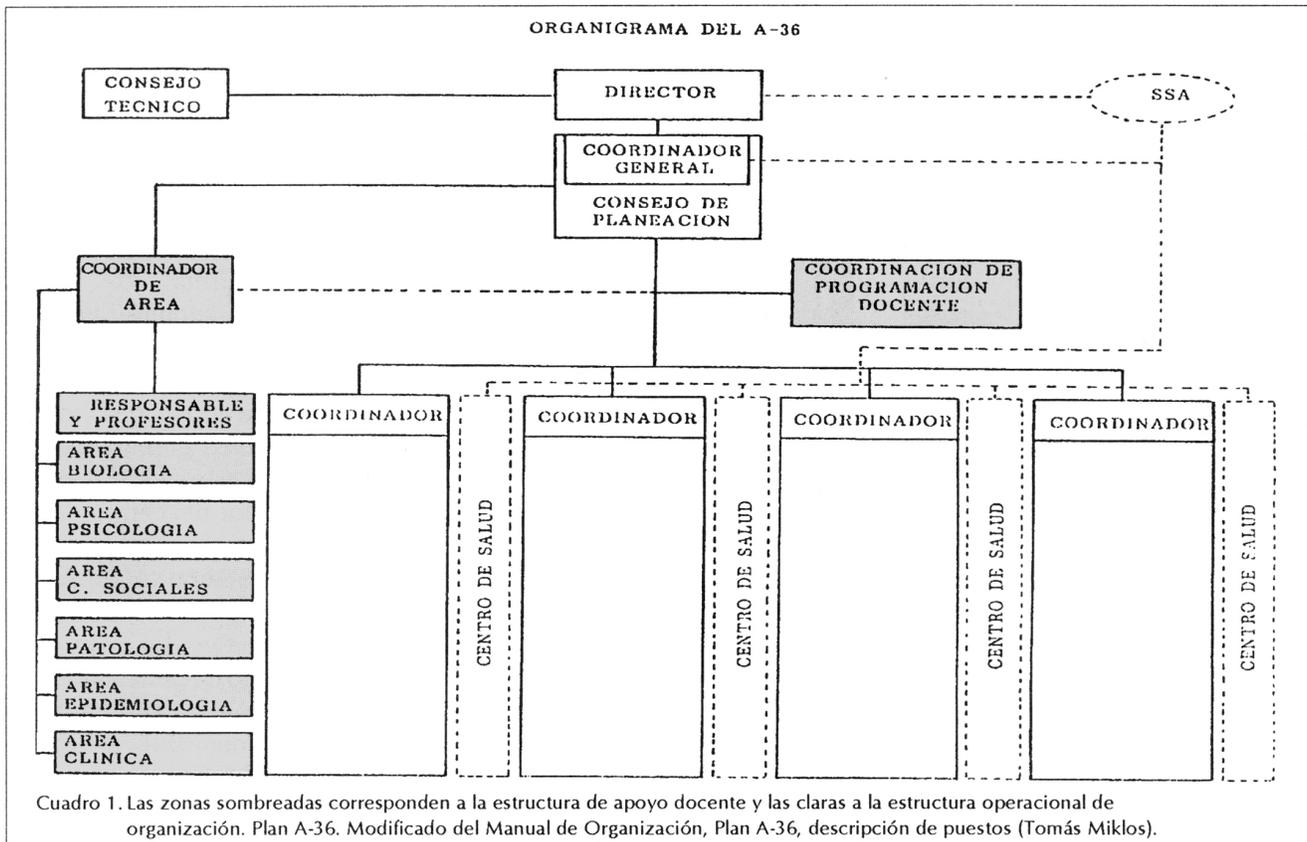
El éxito de una propuesta educativa se ha valorado pues "se ha ido descubriendo que toda reforma, búsqueda de excelencia o simplemente búsqueda de eficacia comienza con la revisión de las estructuras de gobierno y administración, de los esquemas de división del trabajo, distribución de la autoridad y flujo de información"³⁵.

La crítica cada vez más extendida a las estructuras burocráticas que obstaculizan el trabajo ha llevado a concebir formas diferentes de organización que en las propuestas innovadoras constituyeron una parte sustancial del modelo educativo.

Una estrategia innovadora cuyos principios aludían a la búsqueda de relaciones entre la docencia, el servicio y la investigación y al abordaje multidisciplinario de los problemas como la del A-36, requería de una organización que propiciara líneas muy ágiles de comunicación y toma de decisiones compartida. Así, para las diversas tareas, se asignaron responsabilidades específicas, pero también se organizaron grupos de trabajo que permitieran la interacción de diferentes personas para diversas tareas con funciones compartidas en las estrategias educativas desarrolladas.³⁶

La organización antes descrita incluía la coordinación de área, conformada por un asesor para cada una de estas. Esta estructura se sostuvo por poco tiempo ya que el equipo de expertos se fue desintegrando y, en su lugar, comenzó a conformarse otra instancia constituida por personas con más permanencia en el programa, que se integraron a la coordinación de programación docente. En 1978, se creó una Coordinación de apoyo técnico que sustituyó a la de programación docente. La

nueva coordinación tenía las fusiones de la elaboración de programas, de documentos de apoyo y de exámenes y también el apoyo a tutores y docentes clínicos a través de cursos de didáctica. Para cada una de estas funciones se creó una sección de la coordinación, con actividades independientes entre si. Con este fin, se contrato personal con plazas de medio tiempo o más.



De cada unidad académica también cambio la organización; en un principio esta estaba conformada por un coordinador de unidad, quien no tenía carga administrativa (existía un administrador) y podía dedicar más tiempo a labores académicas al frente de un grupo y como líder (no jefe) del grupo de tutores de su unidad, ahora, dicho coordinador tenía que dedicarse a labores administrativas pues desapareció el administrador, perdiendo así su responsabilidad docente frente a un grupo. La función de coordinar las labores de la unidad académica con las del centro de salud siguió vigente, a través de sus directores y de las acciones de la comunidad y los delegados políticos.

Por otra parte, se creó el cargo de coordinador de primer nivel, puesto intermedio encargado de generar normas, coordinar el trabajo de los coordinadores de unidad y los tutores, así como de los directores del centro de salud.

Para los dos últimos años del plan de estudios que requerían la ubicación de los alumnos en el ámbito del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), no estaba planeada una organización en la propuesta original por lo que, en 1976, se creó la figura de coordinador del segundo nivel cuya función era planear, organizar y supervisar las actividades de enseñanza llevadas a cabo en esa institución.

La comunicación y la organización

Los cambios en la organización descritos, repercutieron en las formas de comunicación de las diferentes instancias del programa. En el ámbito del primer nivel, las propuestas que en un principio surgían de las instancias de planeación y evaluación de la coordinación general del programa, tenían un carácter de sugerencias para ser sometidas a discusión de docentes y alumnos; al volverse rígidas las estructuras, crearse instancias intermedias de toma de decisiones y generarse normas para los diferentes procesos de planeación y evaluación, se crearon límites y definieron funciones que obstaculizaron el trabajo grupal.

Este proceso de "burocratización" del programa, fue propiciado, desde nuestro punto de vista, por la dependencia del proyecto con respecto de la dirección de la Facultad de Medicina que, en un principio, lo apoyo por considerarlo un proyecto estratégico dentro de las políticas educativa y de salud vigentes en ese momento(c)*, pero, al cambiar las políticas educativas en las distintas direcciones subsecuentes de la Facultad y debido a la gran movilidad del puesto de coordinador general del A-36 y su equipo, se perdió continuidad en los proyectos.

El programa, en un marco conceptual educativo que, si bien no estaba escrito, era compartido a través de la interacción de los académicos, sufrió constantes cambios debido a la aplicación de criterios no fundamentados claramente (como en un principio). Por otro lado, la necesidad de ocupar ciertos puestos origino la entrada de personal que no estaba inmerso en la propuesta educativa del programa y cuyas concepciones diferían. E intercambio cada vez mas reducido y formal de opiniones condujo a un aislamiento de las unidades académicas, acentúo el divorcio entre el primero y segundo nivel y separo a las diversas instancias de la coordinación general, sin embargo, se hicieron algunos intentos por establecer una adecuada comunicación, los cuales permitieron realizar algunos eventos académicos que lograron avanzar en el desarrollo del programa.

En el segundo nivel se enfrento la dificultad de adaptar un sistema de enseñanza cuyos principios aludían a la relación teoría-práctica, la orientación preventiva y biopsicosocial de la enfermedad, con la organización de las reglamentaciones laborales y formas de práctica médica real de los docentes del IMSS. En este segundo nivel existía, y aun existe, una marcada autonomía debida a la poca posibilidad de reglamentar el trabajo de los docentes del IMSS desde el programa, además de que no existía ningún contacto entre los docentes del primero y segundo nivel por lo que en la práctica se suscito un brusco corte entre el modelo de enseñanza del primero y segundo nivel.

La influencia creciente de la propuesta de sistematización de la enseñanza, cuya lectura e implantación promovió la sectorización del proceso educativo separando las funciones de planeación, conducción y evaluación de la enseñanza, acentúo esta división de funciones.

2. El modelo tutorial

En la propuesta original, se concibió el tutor era concebido como modelo de práctica de la medicina general, con este se pretendía improntar al alumno y, como guía del proceso de enseñanza-aprendizaje, coordinaba todas las actividades de las diversas áreas del plan de estudios (comunidad, clínica, aula, laboratorio). La enseñanza tutorial se propuso como una alternativa para cambiar los currícula tradicionales en la formación de especialistas. El supuesto era que "el hecho de que la enseñanza clínica tuviese como escenario al hospital y el efecto de demostración de prestigio de los especialistas, repercutían en la orientación temprana el estudiante hacia la especialidad",³⁷ este contacto temprano e intenso con un profesional orientado a la práctica de la medicina general e integral constituiría un elemento que haría contrapeso frente al impacto de la práctica de la especialidad.

El proceso de selección de los primeros tutores se basó en un perfil muy definido: de edad madura, con experiencia clínica y/o comunitaria, con interés en la educación. También existía un tutor de apoyo que podía con menos experiencia.

La organización inicial, descrita anteriormente, permitía una gran libertad al tutor sin demasiada reglamentación de sus actividades por parte de las instancias superiores, los coordinadores fungían como parte del equipo docente negociando actividades y decisiones y propiciando el trabajo grupal de los docentes en cada unidad. Las modalidades de trabajo, horarios y actividades en la comunidad y centros de salud, se enriquecían a partir de las propuestas de la coordinación general de acuerdo con las circunstancias particulares de cada unidad.

El tutor era entonces una figura que tenía que ver con todas las actividades de enseñanza y aprendizaje, por lo que podía seguir de cerca el aprendizaje individual, y apoyar a cada alumno en las áreas deficientes. Su presencia en todos los ángulos reforzaba su función como modelo.

El modelo tutorial estaba sustentado en una filosofía de trabajo a la que, sin embargo, se tenía acceso a partir del contacto directo y frecuente con los creadores intelectuales del Programa, los cuales la discutían con el equipo en cada unidad.

Relación tutor-alumno-contenido

El tutor, al ser responsable de los contenidos de todo el año, requería ser un médico capaz de manejar amplia y adecuadamente en todas las áreas del conocimiento médico y con la capacidad de relacionar y articular conceptos para su aplicación y con un gran compromiso con el auto aprendizaje, características que debía modelar la personalidad del alumno.

El tutor estudiaba con los alumnos partiendo del reconocimiento de que su saber siempre era susceptible de profundizarse, por lo que en muchas ocasiones era necesaria la participación de docentes invitados para ampliar, ahondar y aclarar dudas del grupo, sin que esto deteriorara, a los ojos de los alumnos, la imagen del tutor. La mayoría de los tutores mantenían esta actitud. Con frecuencia los tutores de cada unidad se apoyaban entre sí. La enseñanza tutorial favorecía el aprendizaje en forma más independiente, personalizada, así como el trabajo en equipo, las actividades de aprendizaje como la búsqueda de bibliografía, las discusiones grupales sobre cada contenido, la revisión de experiencias generadas en las áreas de clínica y comunidad, socio dramas, prácticas equivalentes y análogas.

Relación tutor-alumno

El estrecho contacto entre docentes y alumnos propiciaba una relación afectiva que, a veces, atribuía una imagen paternal al docente, que podía conducir a la dependencia del alumno y a su manipulación. Tanto el tutor como los alumnos podían tener papeles cambiantes, podían enseñar y aprender unos de otros. Esta forma de relación no tradicional profesor-alumno generaba conflictos que en algunas ocasiones pasaban desapercibidos por los tutores. Para abordar esta problemática se contaba con el apoyo de los profesores del área de psicología médica asignados al programa, que, en muchos, casos lograban dar una orientación útil para el manejo grupal. Las relaciones interpersonales en los grupos eran un elemento de preocupación del tutor, en la medida que estos se percibían en forma intuitiva como factores que podían obstaculizar o favorecer el aprendizaje grupal; esta preocupación por las relaciones del grupo, propició que algunos docentes iniciaran una búsqueda de conceptos sobre dinámica grupal y enseñanza individualizada a través de cursos en instituciones de formación docente (CISE, CEUTES) que les permitiera comprender los procesos que estaban viviendo; algunos tutores y miembros del programa no accedieron a estos nuevos enfoques.

Los cambios en el modelo tutorial

El modelo tutorial implicaba el consumo de gran cantidad de tiempo en discusiones, asesorías, planeación y estudio. Los primeros tutores estuvieron dispuestos a dar ese tiempo debido a su gran compromiso afectivo, el cual era favorecido por toda la organización del programa; estos tenían la convicción de estar construyendo un proyecto fundamental para la educación profesional del médico. A este ambiente contribuía el hecho de que en ámbitos externos a la Facultad existía un gran reconocimiento del programa. El crecimiento de la estructura organizativa del programa implicó la aparición de jefaturas para cada área (psicología, y comunidad) y la creación de un departamento de evaluación, que modificó sustancialmente las funciones del tutor y se prestó a que algunos restringieran su trabajo a las actividades del aula (ya no con la comunidad ni en el laboratorio), y se limitaran a transmitir el conocimiento, no a propiciar su apropiación por parte del alumno.

A consecuencia de estas modificaciones que se dieron de manera paulatina, fueron apareciendo nuevas figuras docentes, como el tutor de psicología que en un inicio constituyó apoyo para resolver las dudas surgidas en las discusiones sobre los contenidos, la problemática del trabajo con la comunidad e incluso en el apoyo terapéutico. Incluso el encargado de dar apoyo en el laboratorio, cambió su papel convirtiéndose en docente de laboratorio. Asimismo el académico que fungía como asesor para apoyar el trabajo en la comunidad, se convirtió en el encargado de esta área y la mayoría de los tutores descargó esta actividad en ellos.

Esta división de funciones en diversas figuras motivo que cada una de ellas exigiera participación en el proceso de evaluación del aprendizaje; este hecho contribuyó a aislar y fraccionar las áreas entre sí, lo que entraba en contradicción con uno de los principios básicos del planteamiento original.

El cambio frecuente de tutores aunado al deterioro institucional y económico del programa, la poca revitalización del proyecto, el poco apoyo de la Facultad de Medicina y la progresiva descarga de funciones del tutor, condujeron a una situación de desánimo y falta de compromiso que aún se refleja en las actividades y horarios que cubren algunos de los tutores. Sin embargo, es de llamar la atención que dentro de este contexto algunos tutores continúen desarrollando actividades congruentes con el modelo.

Docencia en la clínica

El apoyo para la práctica clínica de los alumnos en el primero y segundo años, proviene de los médicos generales de los centros de salud. Al inicio del programa los alumnos asistían dos o tres veces por semana al centro de salud; este tiempo se fue reduciendo y actualmente asisten una o dos veces por semana.

En tercero y cuarto año, la práctica clínica es muy importante; por las mañanas están ubicados en los consultorios o en los servicios de las especialidades generales y por las tardes hacen guardias.

Dentro de la organización propuesta para la enseñanza en tercero y cuarto años, se definió el cargo de tutor-coordinador, responsable de organizar, planear y supervisar las actividades de enseñanza aprendizaje del grupo a su cargo, por lo que aunque el no participe en todas las actividades esta al tanto de ellas, lo cual lo constituye como una figura parecida al tutor de primer nivel. Desde un inicio algunos tutores coordinadores han tenido ya una comprensión de las

características del programa, por lo que propician alguna continuidad en la estrategia pedagógica del mismo.

El papel del tutor como modelo en el primer nivel fue un elemento muy definido dentro de la propuesta pedagógica. Sin embargo, para el área clínica no se tenía una definición del perfil del docente clínico.

Durante el desarrollo del programa se han tenido dificultades en este ámbito, ya que ha existido poca disposición de los docentes para involucrarse en la filosofía del programa; no siempre llevan a cabo acciones conscientes para el logro de los objetivos del plan de estudios, pues no reconocen ni entienden las diferencias pedagógicas e ideológicas del programa con relación al plan de estudios en el que fueron formados. Este poco compromiso se debe entre otras cosas a su necesidad de cumplir con las exigencias de su institución y a la escasa retribución económica (dos horas semana mes).

3. Organización del plan de estudios

a) Organización de los contenidos y actividades de enseñanza-aprendizaje

La concepción modular implicó una organización de contenidos y actividades muy diferente a la de los planes tradicionales. Esta concepción de módulo con el tiempo se fue transformando y también se modificó la organización de los contenidos y sus actividades.

La definición original de módulo planteó la articulación de los contenidos alrededor del crecimiento y desarrollo humanos (primer año), aparatos y sistemas (segundo año), y su relación con actividades prácticas en comunidad y clínica, en forma sincrónica con la teoría; por otra parte se postuló como criterio la secuencia de lo simple a lo complejo y la integración de seis áreas de conocimiento en cada módulo. Debía predominar también el criterio de primero introducir los aspectos "normales" del ser humano y después los patológicos.

En la práctica, no resultó fácil hacer operativos algunos de estos ejes, por ejemplo: el criterio de ir de lo simple a lo complejo, ya que es difícil definir que es lo simple en el conocimiento y suponiendo que se pudiera definir, no es posible considerarlo siempre como conocimiento básico, por otro lado el criterio de empezar de lo "normal" para llegar a lo patológico implicaba el supuesto de que en la comunidad y en el centro de salud se encontraría la población sana, lo cual resultó falso. La necesaria sincronía entre teoría y práctica constituyó un problema, ya que mientras la teoría podía ser planeada, la práctica en el centro de salud y en la comunidad dependía de la problemática vigente. Esto fue abordado con la sustitución de prácticas equivalentes por análogas, y con ajustes en la teoría en función de los problemas encontrados en la comunidad y en la clínica.

La relación teoría práctica e integración de los diversos contenidos y actividades, era más factible cuando los tutores asumen su función de conductores del proceso de enseñanza aprendizaje en su totalidad. En la práctica también se apreció que los contenidos seleccionados para cada módulo no siempre guardaban una coherencia lógica. Esto fue rebasado en 1976 a través del nombramiento de responsables para cada módulo, que se encargaron de compilar, integrar e incorporar nuevos contenidos, lo que se resolvió dentro de cada módulo, pero generó otro problema: el de las repeticiones del contenido entre los módulos. Esta búsqueda de articulación e integración de los contenidos dentro y entre los módulos, condujo a un movimiento continuo en la organización de

los contenidos y a intentar hacer congruente el plan de estudios con el perfil profesional, actividad que se presenta como necesaria dentro de la estructura modular.

Esta problemática no se abordó en su dimensión epistemológica, la cual implicaba reconocer la situación particular de los planes modulares con relación a la organización de los contenidos, situación que no se da en los planes por asignaturas, por el hecho de que se puede mantener la lógica interna de cada materia de estudio. La articulación multidisciplinaria que se propone en los planes modulares obliga a seleccionar recortes disciplinarios que deben ser articulados en torno a ejes no disciplinarios que buscan, en último término, no perder la integridad del objeto de estudio de la medicina; el hombre en cuanto a su dimensión salud-enfermedad.

Debido a que nunca se abordó de esta manera la articulación de los contenidos, persistió el falso problema de la búsqueda de coherencia de los módulos y entre los módulos, y de la integración forzada de las seis áreas en cada módulo; solo recientemente (1989-1990) se inició un trabajo de búsqueda de nuevos ejes de articulación que dieran mayor claridad al problema.

b) Relación teoría-práctica

Un planteamiento fundamental del modelo pedagógico es el basar el aprendizaje en problemas relacionados con la práctica de la medicina general, por lo que se partió de la crítica del modelo tradicional en el que la información teórica precede a la aplicación de esta con una división muy marcada entre los conocimientos básicos de la medicina en los dos primeros años de la carrera y su aplicación en los tres últimos años, lo que desde el punto de vista de los fundadores del programa producía un gran olvido de los conocimientos básicos.³⁸

En la práctica se observa que es difícil retener el conocimiento cuando no se utiliza en la resolución de un problema, por lo cual en la nueva organización de los conocimientos se pensó que facilitaría la integración de los conceptos y mejoraría la asimilación de la teoría al procurar su aplicación consciente e inmediata.

En palabras de los fundadores del Plan A-36, "la falta de conexión inmediata entre la teoría y su aplicación a la realidad, produce un olvido rápido y hace necesario que los profesores en la clínica tengan que recordar información que el alumno frecuentemente ha olvidado".³⁹

En el Plan A-36 la relación teoría-práctica se pensó como una relación de uno a uno, en la que a cada conocimiento teórico debía corresponder una práctica en la medida de lo posible, para ello se buscaban en algunos casos prácticas equivalentes.

La concepción de práctica en el A-36 difirió de la del plan por asignaturas en el sentido de que al ser modular y orientado por problemas clínicos, el tipo de práctica que correspondía a los contenidos era la práctica clínica desde el primer año de la carrera, lo que es diferente del modelo tradicional en donde cada disciplina tiene su propia práctica y difícilmente se interrelacionan para la solución de problemas clínicos durante el proceso de enseñanza de las ciencias básicas, por lo que la práctica propiamente médica, una de cuyas vertientes principales es la clínica, se lleva a cabo en etapas posteriores del plan de estudios. Otro aprendizaje importante del trabajo práctico en comunidad o centro de salud lo constituye la posibilidad de ir construyendo el conocimiento a través de procesos de investigación con base en problemas generados a partir de la problemática detectada en la práctica.

En el desarrollo del modelo la realidad rebasó la propuesta en el sentido de que la práctica no solo ha constituido un elemento para la asimilación de la teoría, sino que da origen a numerosas dudas y cuestionamientos que obligan a replantear la teoría y a revisar algunos conceptos no previstos.⁴⁰

c) Trabajo de comunidad

Un punto fundamental entorno al modelo pedagógico del Plan A-36 fue la propuesta de trabajo de comunidad, que implicaba abrir un espacio educativo no contemplado en el currículo tradicional. Este espacio de comunidad tenía varios objetivos para sustentar y apoyar diversas intenciones educativas.

El papel del médico general se concibió dirigido hacia funciones de promoción de la salud y reconocimiento de factores de riesgo, tanto a nivel individual, como familiar y comunitario, para prevenir la enfermedad. Este enfoque representaba un cambio fundamental con respecto a la formación del médico, cuyo escenario de prácticas educativas era el hospital de segundo y tercer nivel de atención. Por consiguiente, se buscaba transformar la visión dominante de enfoque curativo, por una postura anticipatoria que reconoce que la enfermedad es generada por condiciones de tipo social, económico, psicológico y biológico que al ser detectadas antes de que aparezca la enfermedad, reduce los daños físicos y psíquicos, el sufrimiento y los costos derivados de la atención médica.⁴¹

La importancia que se dio a esta área en el Plan A-36, y que se reflejó en las cargas de contenidos teóricos y prácticos, respondió a criterios pedagógicos e ideológicos. Por un lado se intentaba introducir en la visión y práctica de la medicina general un enfoque anticipatorio de la enfermedad, partiendo de una crítica al enfoque curativo vigente.⁴²

La justificación pedagógica de las prácticas de comunidad hacía referencia a ubicar al alumno en la práctica real que iba a vivir como médico general: "...cuando se escoge el servicio terciario se elimina la posibilidad de hacer una enseñanza de la prevención, porque simplemente se están viendo cronológicamente casos a posteriori, y la prevención básicamente es apriori".⁴³

Se consideró que la enseñanza de las materias básicas en el recinto universitario y de las clínicas en los hospitales conducían a un alejamiento de la realidad,

lo que impide que el alumno entre en contacto con la comunidad y con el ambiente en donde se produce la enfermedad y en donde pueda prevenirse esta y localizar los casos en etapas tempranas antes de que ocasionen complicaciones y secuelas. Esta situación contribuye a centrar la atención del alumno en la enfermedad y no en la salud...⁴⁴

Los fundadores del A-36 entendieron que no bastaba con introducir los contenidos sociales en un nivel teórico, pues la comprensión de los factores sociales de la enfermedad es principalmente un problema de actitudes que requería de la introducción de nuevos escenarios de aprendizaje, para la "formación de una nueva cosmovisión; un cambio de actitud que incluya una nueva mentalidad médica, que pretenda llegar a un compromiso para consigo mismo y la comunidad"⁴⁵

Hasta 1981 aproximadamente el trabajo de comunidad en cada unidad académica, implicaba una gran carga de tiempo, ya que se asistía a una comunidad cercana a la unidad, de ocho a doce horas a la semana, en ocasiones por más tiempo, y se llevaban a cabo actividades de reconocimiento de riesgos ambientales en la comunidad por medio de un estudio geográfico, de fauna y flora, económico, de líderes, de instituciones de salud, etcétera. El resultado del trabajo era un informe grupal sobre el estado de salud de la comunidad y los riesgos de enfermedad. Para obtener este resultado era necesario el trabajar con las familias de la comunidad, con las cuales, por la duración del trabajo (dos años), se llegaba a tener un contacto estrecho.

La continuidad del trabajo en la comunidad era un factor importante que favorecía la relación con esta y la calidad del trabajo; este se realizaba durante dos años para cada grupo de alumnos que

a su vez tenían la responsabilidad de presentar a la comunidad a nuevos compañeros, lo que propicio una gran identificación de los alumnos con la comunidad y viceversa.

A través del trabajo con las familias se tenía la oportunidad de contrastar conocimientos adquiridos en el aula con casos de patología en la comunidad; practicar habilidades clínicas planeadas para el módulo, como por ejemplo la detección de hipertensos por medio de la toma de presión arterial; la detección de pie plano; la atención prenatal, etcétera.⁴⁶

También se generaba la necesidad de suplir vacíos de conocimiento sobre algunos problemas encontrados en las familias a su cargo lo que llevaba a actividades de estudio, fuera de las planeadas curricularmente.

El trabajo comunitario se hacía en conjunto con los centros de salud de la comunidad, lo que en muchos casos facilitaba las acciones al estar respaldadas por autoridades del sector salud y la delegación política.

El tiempo dedicado a la comunidad y a dar continuidad del trabajo propiciaron logros concretos, como la detección temprana de personas en riesgo de enfermar, su canalización al centro de salud y el seguimiento de los casos. Sin embargo, el mayor logro fue que en algunas comunidades se tomó conciencia de la salud como derecho humano y social, de modo que llegaron a presionar a los centros de salud para recibir una mejor atención, y a demandar a las autoridades políticas servicios públicos como agua, drenaje y otros servicios para mejorar el ambiente comunitario. Todas estas acciones están registradas en los diarios de campo de los alumnos y en los informes anuales de seguimiento de familias y diagnóstico de la comunidad.

El tutor, como se señaló anteriormente, ejercía una gran influencia en el trabajo de los alumnos, como en la comunidad. El desempeño de estos era discutido con el tutor, lo que proporcionaba la oportunidad de reflexionar e integrar el conocimiento y las experiencias, así como tener un espacio en el que se analizaban los miedos, angustias y frustraciones que acarrea el contacto con la comunidad. Los tutores frecuentemente acompañaban a los alumnos en sus visitas a la comunidad y afrontaban con ellos situaciones difíciles. En este sentido, grupo y tutor actuaban como moduladores de la problemática afectiva.

Algunos alumnos, entusiasmados por el trabajo en comunidad, se aventuraron en otras comunidades rurales (por cortos periodos), al margen de las actividades planeadas curricularmente. Generalmente también estaban interesados en profundizar en los contenidos del área.

Durante 1981, la organización antes descrita pretendió sistematizar y uniformar el trabajo, dirigido y supervisado por el departamento de comunidad. Lo que en un principio fue un apoyo eventual (y por pedido) de los tutores de aula, se convirtió en responsabilidad por parte de estos asesores, llamados ahora tutores de comunidad, que fueron asignados a cada unidad académica. Estos por asistir pocas horas a las unidades estos nuevos tutores, tenían pocas posibilidades de realizar un trabajo continuo; por tanto, los alumnos perdieron el apoyo del tutor con el que contaban, y las actividades de comunidad dejaron de tener la importancia que tenían.

Así, se diluyó la responsabilidad de los tutores, ya que, el nuevo tutor, no constituyó un apoyo importante, pues tenía un contacto eventual con los alumnos y un menor compromiso con ellos y la comunidad.

El trabajo en comunidad, entonces, se formalizó y circunscribió a horarios cortos, dependiendo ahora de una coordinación general. Al faltar la calidad e intencionalidad del contacto con la comunidad, esta actividad se convirtió en un ejercicio escolar obligatorio.

A pesar de la situación descrita con relación a la pérdida de relevancia del trabajo de comunidad, las opiniones de los egresados destacan que, a través del contacto con las personas y su ambiente, del reconocimiento de la relación entre la enfermedad y el medio, se logra "ubicar a las personas en su ambiente y medio social, y ver en forma más global el análisis de sus signos y síntomas".

Gran número de alumnos y egresados también manifiestan que mediante sus experiencias con la comunidad han logrado aprender formas de relación humana que después facilitan la relación médico-paciente.

En una investigación realizada por la Facultad de Medicina en 1990, se consigna que los alumnos del A-36, en comparación con los del plan 85, tenían mayores posibilidades de llevar a cabo acciones de atención primaria a la salud, por comprender mejor la génesis del proceso salud-enfermedad, y por relacionarse mejor con los pacientes.⁴⁷

Conclusiones

1. Consideramos importante profundizar en la reflexión sobre de la experiencia de los planes innovadores, como base necesaria para los cambios futuros en la educación médica. Sería lamentable que no tomar en cuenta esto, se pongan en práctica ideas basadas en nuevos supuestos, cuya solidez esta por comprobarse.
2. La propuesta del A-36 tuvo la virtud de ser muy coherente internamente. En principio, contemplaba un proyecto de perfil profesional y toda una metodología que consistentemente tendía a la formación de ese perfil a través de cada una de las partes del currículum; característica que pocos planes de estudio comparten.
3. Los ejercicios de evaluación del Plan A-36 han sido que cualitativos a lo largo de los 18 años de vida del programa escasos, particulares y más cuantitativos; el mas completo se llevo a cabo en la coordinación del doctor Manuel Ruiz de Chávez.⁴⁸

Del hecho de que no halla existido una evaluación amplia del proyecto A-36, no se puede concluir que los supuestos que fundamentaron el programa no tengan aun una vigencia, y sigan siendo válidos y susceptibles de análisis y reflexión para la educación médica. Dentro de estos fundamentos, la integración bio-psicosocial, el papel de práctica clínica temprana, la relación teoría-práctica, el modelo de enseñanza tutorial, la práctica comunitaria como elemento de formación en la visión amplia del proceso salud enfermedad siguen siendo susceptibles de revisión y análisis.

4. La integración de varias disciplinas alrededor del objeto de estudio de la medicina (el hombre) se analiza en este programa en función de problemas y ejes no disciplinarios, como los aparatos y sistemas y el crecimiento y desarrollo humano y su ambiente, que permiten una articulación más significativa entre el nivel celular y social, articulación que, desde el punto de vista del programa, permite un conocimiento más significativo del objeto de estudio integrado (biopsicosocial), desde el primer año de la carrera.

Con el afán de ampliar la visión sobre el objeto de estudio y la aplicación de las diferentes disciplinas en la solución de problemas, se pierde tal vez algo de la profundidad que proporciona la visión del experto en cada una de ellas. En este punto se debe valorar cual es

el nivel necesario de manejo de las ciencias básicas para realizar una excelente práctica clínica.

5. Un acierto innegable de la propuesta del A-36 es el de proporcionar al alumno la posibilidad de tener contacto con modelos de práctica médica y con la comunidad desde el inicio de su formación (práctica clínica temprana, relación teoría-práctica). Esto, indudablemente, genera una serie de procesos reflexivos y afectivos y necesidades conceptuales donde "... el conocimiento trabajado en el aula permite evocar imágenes de la consulta médica que se tornan significativas a la luz de la teoría, al tiempo que [esta] se vuelve significativa [y] adquiere una dimensión diferente".⁴⁹ Un contacto continuo, temprano y significativo aporta, a la larga, una mejor relación médico-paciente.
6. El papel formativo de las prácticas de comunidad no puede sustituirse por el aprendizaje teórico de aspectos sociales de la enfermedad, ya que la ganancia mínima de estas prácticas es la habilidad de ubicar al paciente en su contexto biopsicosocial, lo que favorece una visión integral y por lo tanto una práctica médica más humana; aspecto que debe estar sujeto a una evaluación más profunda.
7. El papel de la enseñanza tutorial como favorecedor de procesos individuales de aprendizaje es un supuesto que hasta la fecha se reconoce y se toma como base para lograr un nivel óptimo de aprendizaje; donde el contacto estrecho dirigido con el alumno le permita ser un modelo.⁵⁰

Consideramos que la nueva propuesta tutorial, a nivel del pregrado, debe fundamentarse en el análisis de los aciertos y errores del modelo ya experimentado.

8. Al replantear el plan de estudios de la carrera de medicina consideramos que el currículum médico no se puede determinar en función de las cargas teóricas y prácticas de las diversas áreas de contenido, sino a partir del significado de las experiencias de formación. Cada ámbito y cada actividad del plan de estudios del A-36 tiene la virtud de ofrecer un punto en el que se articulan diversos enfoques y aspectos de la práctica médica; virtud que no necesariamente tienen los planes tradicionales.
9. Podemos afirmar que los elementos cuya crítica dió origen a las propuestas de los años setentas, siguen presentes en la educación médica. El hecho de que no hayan adquirido mayor relevancia o demostrado sus aciertos, no implica que los planes tradicionales, que nunca han dejado de constituir una mayoría, no tengan la obligación de mostrar que su postura es la más adecuada a los fines que persiguen.
10. Las críticas sobre la educación médica giran en torno a los sistemas tradicional e innovador, pero favorecen más a la organización tradicional del plan de estudios, pero plantean que dentro de esta organización se debe propugnar por un mayor nivel de profundidad de las ciencias básicas.⁵¹ Sin embargo, parece ser que los planteamientos se dirigen hacia la construcción de un modelo emergente de profesional, con una práctica médica altamente tecnologizada, personalizada, de "alta eficacia y gran efectividad".⁵²

Consideramos que si bien estas ideas pueden ser un presagio de la práctica clínica que se esta conformando, también es cierto que la situación de salud actual y las tendencias esperadas permiten suponer que este médico no resolverá más que una parte de los problemas de todo el panorama de la salud-enfermedad.

11. El Plan Nacional de Salud (1990-1994) parte del reconocimiento del estado de salud insatisfactorio de la población, de la falta de acceso de la población a los servicios de salud,

de la poca cultura de salud y de que los grandes problemas de salud requieren de su abordaje a través del esquema de atención primaria y del primer nivel de atención, donde se reconoce que: "el carácter prioritario del fortalecimiento local estriba en que la prestación oportuna y eficaz de los servicios de salud en el primer nivel de atención es la acción decisiva para lograr la efectividad y eficiencia del sector, de su imagen y prestigio ante el público usuario y, también, de que es la base para operar la referencia y contrarreferencia de los pacientes y el sitio donde se pueden conseguir, tanto la colaboración comunitaria, como la coordinación intersectorial".⁵³

El médico no será ya la figura que se haga cargo de la mayoría de las acciones que se llevan a cabo en este nivel, sino que se dará impulso a una gran gama de personal de salud que incluye practicantes de la medicina tradicional, promotores, auxiliares y médicos generales, funcionando de manera coordinada para prevenir, mantener y rehabilitar la salud.

Consideramos que una de las posibles formas de práctica médica (y probablemente no la más generalizada) será la del médico que trabaje en un contexto de alta tecnología; sin embargo, seguirá siendo fundamental que el médico, aunque no cuente con la tecnología para atender grandes núcleos de la población, sirva de enlace entre los encargados de la medicina tradicional, los promotores, los auxiliares y los especialistas. Este profesional deberá contar con: la comprensión integral de la génesis y evolución del proceso salud-enfermedad y sus factores determinantes; conocimientos básicos, sociales, psicológicos y clínicos,⁵⁴ Y mecanismos de referencia y contrarreferencia. Para la conformación de este perfil, los planes innovadores han generado gran cantidad de aportaciones y reflexiones.

12. Evidentemente, si el Plan A-36 como cualquier otro hubiera tenido los apoyos suficientes para su desarrollo, el balance de los resultados sería mejor.

NOTAS

- (1) Carlos MUÑOZ IZQUIERDO, "Condicionantes institucionales en el desarrollo de las profesiones en México", en Cinco aproximaciones al estudio de las profesiones. Cuadernos del CESU. México, 1990, pp 79-81.
- (2) *Ibíd.* p.84
- (3) *Ídem.*
- (4) José LAGUNA GARCÍA, " La Universidad ¿protagonista o antagonista de los cambios en la atención médica?", en Salud Pública de México, 1 (33) 1991, p. 110.
- (5) José Joaquín BRUNER, La educación superior en América Latina. México, FCE, 1990, p. 56.
- (6) *Ídem.*
- (7) *Ibíd.* p. 59.
- (8) Gilberto "GUEVARA NIEBLA, "Concepto y filosofía de la enseñanza modular", en Memorias de la Reunión Nacional de Chiapas, 1982.
- (9) P.S. CLEAVES, "Las profesiones y el Estado: El caso de México. "Jornadas. El Colegio de México, núm. 107, 1985, p. 87.
- (10) Julio FRENK, "El mercado de trabajo médico: Evolución histórica en México", en Foro Universitario, 2, época II, México, enero de 1981.
- (11) AMFEM (Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina.), V Reunión, 1962, p. 26.
- (12) Julio FRENK, *Ibíd.*, p. 20.

- (13) Guillermo SOBERON; J. Kumate, J. Laguna, (Comps) "Fundamentos del cambio estructural," en La Salud en México: Testimonios 1988. Tomo I FCE, 1988. p.357 (Biblioteca de la Salud).
- (14) UDUAL (Unión de Universidades de América Latina). VIII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina, 1973, p.45.
- (15) *Ibíd.* p.152.
- (16) OPS (Organización Panamericana de la Salud). Las escuelas de medicina en América Latina. México, OPS, 1972.
- (17) M. Isabel RODRÍGUEZ, y R. Villarreal, "La administración del conocimiento. Lo biológico y lo social en la formación del personal de salud en América Latina", en Educación Médica y Salud. 4, (20) 1986.
- (18) Guillermo SOBERON, "El papel de la Universidad en la Formación del Médico", en Seminario de Educación Médica. Secretaría de Educación Médica, Fac. de Medicina, UNAM, 29-31 enero 1979.
- (19) José Luis OSORNO, Jornadas conmemorativas del XV aniversario del Programa de Medicina General Integral. Facultad de Medicina, UNAM, 1989, p.80.
- (20) Julio FRENK, *Ibíd.* p.22.
- (21) J. Luis OSORNO, *Ibíd.* p.78.
- (22) José Manuel ALVAREZ MANILLA, "Metodología de la enseñanza", en Revista de la Facultad de Medicina. vol 18, año 18, no 9, 1975, pp. 44-52.
- (23) Dora Elena MARÍN, La formación profesional y el contenido disciplinario en el discurso y práctica curricular en la UNAM. Tesis de maestría. Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, 1991, p. 61.
- (24) LAGUNA, José y cols." Plan de Estudios experimental de Medicina General (Plan A-36)", en Educación Médica y Salud, (8) 2 1974, p. 207.
- (25) *Ídem.*
- (26) Carlos E. BIRO, "Un proyecto para la modificación de la enseñanza de la Medicina", en Revista de la Escuela de Medicina. Universidad Autónoma de Chihuahua, vol 1 año 2, enero-abril 1972 pp.47-58.
- (27) J. M. ALVAREZ MANILLA, *Ídem.*
- (28) José M. ALVAREZ MANILLA, "Bases para la planeación curricular", en Revista de la Facultad de Medicina, 10 (18), año 18, 1975, pp. 48-56.
- (29) *Ídem.*
- (30) José Manuel ALVAREZ MANILLA, "Comunicación personal."
- (31) J. M. ALVAREZ MANILLA, "El Plan A-36. Plan Experimental de enseñanza de la Medicina General Integral", en Simposio: Experiencias curriculares en la última década. Departamento de Investigaciones Educativas. CINVESTAV, IPN. México, octubre 198, pp. 3-9.
- (32) *Ibíd.* 3.10.
- (33) José RODRÍGUEZ DOMÍNGUEZ, R. J. Narro et al. "Programa de clínica general. Un nuevo enfoque para la enseñanza de la Medicina", en Revista de la Facultad de Medicina, 7 (18) año 18, pp. 34-44.
- (34) *Ibíd.* p.36.
- (35) Luis AGUILAR, Simposio sobre Gestión Pedagógica. Facultad de Filosofía y Letras, 1991.
- (36) Tomas MIKLOS, Manual de Organización. Plan A-36. Descripción de puestos. México, Consorcio Profesional, abril 1974.
- (37) J. M. ALVAREZ MANILLA, "El Plan A-36 Plan experimental de enseñanza de la medicina General Integral" DIE, CINVESTAV, IPN, 1983, pp. 3-6.
- (38) José LAGUNA y cols., *Ibíd.* p.207.
- (39) *Ídem.*

- (40) Carmen GARCÍA COLORADO, "El papel de la práctica clínica temprana en la formación de médicos generales", en Revista Mexicana de Educación Médica, (1), 2 1990.
- (41) J.M. ALVAREZ MANILLA, "Comunicación personal".
- (42) Ídem.
- (43) José M. ALVAREZ MANILLA, "Algunas reflexiones sobre el origen del Plan A-36", en Seminario-taller de análisis de Programa de Medicina General Integral, Fac. de Medicina, UNAM, agosto de 1981, p. 51.
- (44) J. LAGUNA, y cols., p. 208.
- (45) Hilario CANTU FLORES, Seminario-taller de análisis del Programa de medicina General Integral. Fac. de Medicina, UNAM, agosto 1981, p.118.
- (46) "Actividades de comunidad", en Documentos modulares del Programa de Medicina General Integral, 1o. y 2o. años, 1975-1989.
- (47) Beatriz PIÑA BARBA, "El trabajo comunitario en el servicio social en medicina", en Revista de la Facultad de Medicina, 1990.
- (48) Manuel RUÍZ DE CHÁVEZ, y cols., "Programa de enseñanza de medicina general integral: conceptualización y estrategias para su evaluación, en Revista Medica y Salud, (17), 3 1983.
- (49) Carmen GARCÍA COLORADO, ibid.
- (50) José NARRO ROBLES, y C. J. Villalpando, "Universidad de México", en Revista de la Universidad Nacional Autónoma de México, mayo de 1992, pp. 12-18.
- (51) UNAM. Universidad de México, mayo de 1992, pp 10-31.
- (52) Luis Felipe ABREU, "La modernización de la medicina mexicana y la educación médica", en Universidad de México. Revista de la UNAM, mayo de 1992., p.26.
- (53) PROGRAMA NACIONAL DE SALUD (1990-1994), Secretaría de Salud. Unidad de Comunicación Social, S.S.A., p. 27.
- (54) Carlos E. VÁRELA, "Perspectivas de los servicios institucionales de salud", en Universidad de México, Revista de la UNAM, mayo de 1992, p. 21.
- (a) Lo que genera un desequilibrio importante en la oferta de capacidad de trabajo médica y la demanda del sector salud, generando desempleo médico. Julio FRENK, "El mercado de trabajo médico: evolución histórica en México," en Foro Universitario, 2, época II, enero 1981.
- (b) Estrategia de acción colectiva para realizar fines comunes. Luis AGUILAR, Simposio sobre Gestión Pedagógica, Facultad de Filosofía y Letras, 1991.
- (c) Estas políticas propugnaban por un modelo de atención a la salud con énfasis en la atención primaria. Este apoyo dejó de existir en etapas posteriores; el doctor Alvarez Manilla lo explica así: "los cambios en el horizonte político modificaron y cancelaron el desarrollo de la estrategia prevista; la oposición del establishment medico hizo que las autoridades universitarias limitaran el plan a las cuatro unidades docentes originales", este cambio se manifestó en un bloqueo de iniciativas de investigación y de cambios académicos, así como en una reducción del presupuesto. Se comenzó a dar un mayor reconocimiento al programa en el ámbito internacional que en el nacional, dentro del cual "...el conservadurismo médico fue sacudido por la innovación y trato de cancelarla formando una opinión no fundamentada, adversa". José Manuel ALVAREZ MANILLA, "El Plan A-36. Plan experimental de enseñanza de la Medicina General Integral". Simposio Experiencias curriculares en la última década. DIE, CINVESTAV, IPN, octubre de 1983, pp. 3-15.
- (d) En la unidad académica de Netzahualcóyotl se llegó a articular el trabajo con el sistema de salud del Estado de México, proyecto del doctor Gustavo Baz, quien apoyaba la medicina comunitaria; esto facilitó el trabajo de los alumnos del plan que lograron impactos importantes en la comunidad.