

personalmente y en ocasiones en grupo desarrollando trabajos en cada una de las sesiones.

Se pretende en esta área que el estudiante aprenda a conocer sus limitaciones y alcances, que se de cuenta también de la importancia de conocer y comprender a los demás; que aprenda a trabajar en grupos participando en talleres de persuasión, de creatividad y realiza una serie de ejercicios que contribuyen a la estabilidad y madurez de la personalidad del alumno.

Durante estos cuatro semestres los alumnos no dejan de interaccionar con el sistema tradicional, pues en el primer semestre toman una materia de su carrera fuera del proyecto; en el segundo, dos materias; en el tercero, tres materias y en el cuarto toman cuatro materias. Del quinto semestre hasta terminar su carrera continúan en el plan tradicional.

Por otro lado en el Proyecto Año 2000 existen una serie de actividades extracurriculares que son exigidas a sus alumnos.

Coordinados por los propios maestros que participan en el programa y, principalmente, por los maestros responsables del área de desarrollo personal, los estudiantes organizan ciclos de conferencias, debates, películas, visitas a las industrias, exposiciones, torneos de ajedrez, actividades deportivas, convivios, etc.

En el área de ciencias se agregaron unidades experimentales con el propósito de que el alumno se vea expuesto a diferentes tecnologías educativas.

Actualmente se tiene concluido un estudio tendiente a incorporar las materias de introducción a la computación, métodos numéricos, introducción a la Contabilidad, apoyado fuertemente por recursos computacionales.

LA EXPERIENCIA DEL PLAN A-36. (PLAN EXPERIMENTAL DE ENSEÑANZA DE LA MEDICINA INTEGRAL)

Doctor Manuel Alvarez Manilla

CONTEXTO SOCIAL EN EL QUE SURGE EL PLAN.

¿En qué contexto surge el A - 36? Es imposible en este espacio limitado realizar un análisis profundo y riguroso de las circunstancias que anteceden al A - 36, pero es posible enunciar algunas de ellas y apuntar su asociación.

El período posterior a la II Guerra Mundial se caracterizó por un ímpetu "modernizador". Se postuló el modelo industrial como la vía para colmar las necesidades de mejoría de la forma de vida, en particular en México. La creación de una base material (infraestructura industrial) conllevó la necesidad de un "acondicionamiento" del espacio social, y a mitad de la quinta década se establece la "seguridad social", en sus inicios, prácticamente prestaciones médicas en su totalidad. Se adoptó el modelo de los países escandinavos, en un estadio y con un estilo de desarrollo muy diferente al de México, comenzando por el saneamiento del ambiente; el énfasis de este modelo estaba en la predominancia de la atención a nivel del hospital y de especialidades, modelo que se adoptó íntegramente, con todo y normas en el modelo de atención del Seguro Social. Este hecho creó, con respecto a la atención médica, 2 tipos de mexicanos: los privilegiados que podían comprar cualquier tipo de atención médica, nacional o extranjera, a los que se sumaron los derechohabientes del Seguro Social con acceso a instalaciones lujosas (los mármoles), y la mayoría de la población recibiendo una parte mínima de la inversión y el gasto para atención médica, traducido lo anterior en una atención casi inexistente y de baja calidad. Uno de los hechos más relevantes de la aplicación de este modelo es que, al tener como eje la atención médica especializada y hospitalaria, es un modelo caro que:

- 1) inhibió el desarrollo de un modelo de atención médica preventiva y general más apropiado al estado de desarrollo social del país.
- 2) "ocupó" los recursos financieros para la atención médica y los concentró en el 20% (en aumento según la década a consideración) de la población del país, y los distrajo de la atención de la población rural y de la urbana no asalariadas.

Paralelamente, la educación médica, cuyos contenidos podían ser depositados en un librero de tramaño ordinario a principios del siglo, comenzó a tener una expansión en su volumen de información científica, y posteriormente a la segunda guerra mundial sufrió su proceso de modernización "flexneriano". Durante la Guerra Mundial, la necesidad de médicos en los hospitales estadounidenses, hizo necesaria la ocupación de médicos extranjeros, entre ellos mexicanos, los cuales, al volver a México incidieron en la "modernización" de la entonces Escuela de Medicina de la UNAM; la modernización básica consistió en el abandono de la cátedra y la creación de los departamentos, así como la acentuación de la ultra especialización como estructura curricular a nivel clínico, haciendo énfasis en el modelo flexneriano, con las consecuencias siguientes:

- 1) cada asignatura (básica o clínica) intentaba convertir al estudiante en un miniespecialista en esa disciplina, sin que este tuviera la visión de conjunto necesaria para una práctica general.
- 2) la preminencia de la enseñanza por especialidades deterioró el prestigio del médico general o familiar, y lo hizo sinónimo de médico de segunda (en prestigio y remuneración).
- 3) la enseñanza clínica centrada en el hospital no formaba las habilidades para la práctica general ni preventiva, ambas necesarias para enfrentar la necesidad social mayoritaria de atención médica.

Concurrentemente en el plano social, la carrera universitaria presentaba como la vía legítima y plausible de mejoramiento económico y social, lo cual se reflejó en el aumento cuantitativo (creación de nuevas universidades o incremento en la admisión de estudiantes universitarios) de la demanda de estudios superiores y en particular de medicina. Este aumento en la población escolar tuvo las siguientes consecuencias:

- 1) masificación de la enseñanza, con pérdida de la identidad de los alumnos y de los profesores;
- 2) improvisación de profesores y sobrecarga de las instalaciones escolares (con deficiencia en las instalaciones y equipos para prácticas);
- 3) abatimiento general de la calidad de la enseñanza,
- 4) sobreoferta de algunos tipos de profesionales médicos en un medio en que las plazas de empleo no aumentaban a las mismas tasas que el número de altas profesionales.

Todos estos factores concurren para crear el año de 1964-1965 una crisis ocupacional de médicos, cuyas manifestaciones no han sido suficientemente estudiadas ni valoradas como antecedente de la crisis social y política de 1968. En este caso, Emilio Martínez Manotou, manejando y reprimiendo en nombre del entonces Presidente Díaz Ordaz, un movimiento que en su fondo planteaba una crisis de inequidad distributiva de la atención médica y cuyos síntomas eran el estancamiento en la demanda de trabajo médico ante una oferta creciente de trabajo médico y bajos salarios. El manejo del problema tuvo las siguientes consecuencias:

Expulsión del Rector Chávez de la UNAM.

A solicitud del Presidente entró a mediar en el conflicto médico el Dr. Ignacio Chávez, pero los médicos residentes lo identificaban con la élite médica, que se había mostrado antagonista a los esfuerzos de las nuevas generaciones para

mejorar su situación ocupacional y salarial lo cual hizo fracasar su misión negociadora, y fué sentido como falla política que decidió su expulsión ignominiosa de la rectoría. El costo político de ello fué allanar las barreras al ingreso a la Universidad, o sea el pase automático, con el cual, en particular la Facultad de Medicina vió triplicarse en un lapso muy corto su primer ingreso, impacto que se sintió sobre las instalaciones escolares y hospitalarias, con una caída drástica, (en lo sucesivo siempre negada), de la calidad de la enseñanza y con tasas crecientes de reprobación, repetición y alargamiento del promedio de años para terminar los estudios; también se suprimió el criterio de 3 y 10, es decir, reprobación 3 veces una materia ó 10 veces diferentes materias, lo cual llevaba a dictaminar sobre la capacidad para el estudio del afectado.

Aumento de la inequidad distributiva de atención, salario y ocupación médicas:

La maniobra para terminar el movimiento médico estudiantil de 1964 consistió en:

- 1) empleo del ejército en la represión,
- 2) garantizar la neutralidad de una parte de los médicos, lo cual se logró usando médicos militares para sustituir a los participantes en el movimiento e incrementando los salarios a los médicos de base de la seguridad social, con la cual se disparó el diferencial del salario médico entre los médicos de la seguridad social y el resto, y se consolidó el sistema de privilegio para la población asalariada industrial y de servicio,
- 3) creación de "listas negras" para no emplear en los servicios oficiales a los médicos "fichados" lo que forzó a un buen número de ellos al exilio,
- 4) encarcelación de los dirigentes con lo cual se operacionalizó el cargo de "disolución social",

Crisis social de 1968:

La consecuencia de acontecimientos descrita es posible asociarla muy directamente a la crisis de 1968, por un lado a través de la repetición a una escala y nivel de agresividad mayores de las tácticas usadas en el movimiento médico; también en la consolidación de estilo de respuesta vigente durante todo el sexenio de Díaz Ordaz y en el reforzamiento de las universidades privadas y confesionales como alternativa "limpia" para la educación de la burguesía.

CONTEXTO EDUCACIONAL

Después de la Segunda Gran Guerra, en la sexta década del siglo, las Naciones Unidas y sus organismos participaron en un movimiento significativo; la Organización Mundial de la Salud que había emparentado con un organismo regional existente desde antes de la guerra, la Oficina Sanitaria Panamericana, auspició 3 reuniones: en Colorado Spring, E.U.; en Tehuacán, México; y en Viña del Mar, Chile. En estas reuniones se debatió el énfasis de la enseñanza de la medicina en la "curación" de la enfermedad y la ausencia de la enseñanza de su "prevención". En las reuniones se hicieron una serie de recomendaciones a las escuelas de medicina que, en la Región Latinoamericana iniciaron un movimiento que tuvo su máxima intensidad en la séptima década del siglo: la creación de departamentos de medicina preventiva y la adición en el curriculum de estudios médicos de materias de medicina preventiva y social, en algunos casos con diversos tipos de prácticas "sociales" (brigadas, tutorías familiares, estudios sociológicos en comunidad) en el cual destacaron 3 escuelas que encabezaron el movimiento: Riberão Preto en Brasil; Cali, en Colombia; y Concepción, en Chile. En general, aunque se incrementó el número de horas de enseñanza de medicina preventiva ni los alumnos, ni los profesores de otras materias lo tomaron en serio, y los profesores de las asignaturas preventivas y sociales, en gran parte de los casos, tuvieron un estatus secundario. Por otra parte, la adición de nuevas asignaturas preventivas, clínicas y científicas, al curriculum vigente desde finales del siglo decimonono, sin aumento del

tiempo de los estudios, ocasionó los siguientes efectos:

- 1) comprensión de los programas de las asignaturas,
- 2) atomización del tiempo,
- 3) predominio de los aspectos "informativos" sobre los "prácticos", aun en nivel de asignaturas clínicas. Además, la circunstancia de que la enseñanza clínica tuviese como escenario el hospital, y el efecto de demostración del prestigio y la percepción económica de los médicos especialistas, tenían efecto sobre la orientación temprana del estudiante en la búsqueda de la especialidad, y la consecuente falta de habilidades para la práctica de la medicina extrahospitalaria, que cuantitativamente estaba en mayor necesidad y demanda, fenómeno que se fué intensificando con la inducción del enfoque flexneriano.

En la séptima década se comenzaron a plantear rupturas con el modelo curricular vigente entre las cuales es posible identificar la aplicación de modelos "integralistas" como fueron los casos de Case Western Reserve en Ohio, y el de la Universidad de Brasilia en Brasil. Sin entrar en detalle, mencionaremos 2 características sobresalientes de ambas, la tendencia a buscar nuevos modelos biológicos de integración del conocimiento, por ejemplo: desarrollar bloques de enseñanza por aparatos o sistemas biológicos, integrando conocimientos de varias disciplinas (anatomía, bioquímica, fisiología, patología, etc.) y la búsqueda del contacto con servicios reales para la inducción temprana de la práctica clínica.

En 1964, el que escribe, publicó una propuesta de un modelo diferente de la enseñanza de la medicina que tendía a integrar lo biológico y lo social ya que hasta ese momento, el énfasis era considerar la enfermedad y la salud como fenómenos biológicos y la terapéutica como intervención bio-farmacológica o quirúrgica. Arbitraria o intencionalmente se desconocían, como aún sucede, los factores socio económico-culturales en la prevención y curación de la enfermedad,

incluyendo en éstos la forma como se distribuye la atención médica.

GENESIS DEL PLAN

Todos estos factores crean el marco para el 1971. Al finalizar el sexenio de Díaz Ordaz, las autoridades de la Facultad de Medicina de la UNAM, tanto individuales como colegiadas, tenían una franca preocupación por la decadencia y los problemas de la educación médica. Concurrieron el inicio de un nuevo sexenio, el planteamiento del cogobierno en la Facultad de Economía de la UNAM y un nuevo Director de la Facultad de Medicina, quien ese mismo año pasa a ser Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, ante la cual hace una serie de planteamientos innovadores que propició que se convocara en la Facultad de Medicina un proceso de consulta entre los alumnos, profesores y autoridades, quienes realizaron un análisis de la situación de la atención y la educación médicas, y concluyeron sobre la necesidad de reformular las bases del curriculum hasta hoy vigente. Concurrentemente, se crea el Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud, CLATES-MEXICO y, se le encarga la conducción del planeamiento de un plan experimental para la Enseñanza de la Medicina Integral (A-36, en virtud de haberse seleccionado su base modular de 36 alumnos por cada grupo). No es posible describir la totalidad del proceso seguido, por lo cual sólo haremos un resumen de sus características más distintivas.

PROBLEMAS ENCONTRADOS

Se encontró que un buen número de los modelos curriculares que se revisaron, se basaban en el enriquecimiento o en la diferenciación de los "universos vocabulares" y en la memorización de datos específicos, en muchos de los cuales la teoría se equiparaba a información; estos modelos se conciben en 2 fases: una teórica antecedente y una práctica subsecuente. Al requerirse en gran medida la memorización, se da el fenómeno de la curva del olvido; el estudiante memoriza información que alcanza su punto máximo en el momento del