1-85

T
29
V.1

"ésto, poeta, es un simple trueque,
¡Que bello será mañana cuando
cambiemos los sueños por las
realidades.
Los buhos por los pájaros.
Las noches por las alboradas!"

Carlos Fonseca Amador
Juigalpa, Chontales, 1957.

21287

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

CIENCIAS BIOLOGICAS Y DE LA SALUD.

DEPARTAMENTO DE ATENCION A LA SALUD

MAESTRIA DE MEDICINA SOCIAL

"ELEMENTOS TEORICO-METODOLOGICOS PARA EL DISEÑO CURRICULAR DE MEDICINA: UNA PROPUESTA PARA LA UAM-X."

TESIS, QUE PARA OBTENER EL GRADO DE: MAESTRO EN CIENCIAS EN MEDICINA SOCIAL

PRESENTA:

EDGAR CARLOS JARILLO SOTO.

México, D. F. Marzo 11 de 1983.

21287

ELEMENTOS TEORICO-METODOLOGICOS PARA EL DISEÑO CURRICULAR DE MEDICINA, UNA PROPUESTA PARA LA U.A.M.-X.

I N D I C E

TEMA	PAG.
I.- INTRIDUCCION	1
II.- ANTECEDENTES	
1.- El Campo de la Educación Médica	5
III.- UNA PROPUESTA CURRICULAR PARA LA UNIDAD XOCHIMILCO DE LA U.A.M.	
1.1. La Práctica Médica	12
1.1.1. Práctica Médica Institucional	
1.1.2. Práctica Médica Privada	
1.1.3. Práctica Médica Popular	
1.1. Cobertura Asistencial a la Población	18
2.- El Proceso Salud-Enfermedad	23
2.1. Caracterización de la Enfermedad en México.	
3.- La Educación	62
4.- La UAM-X y la Educación superior, una ruptura alternativa.	70
4.1. Tres elementos de un proyecto universitario.	
4.1.a) Elemento Social	
4.1.b) Elemento Científico	
4.1.c) Elemento Metodológico	
IV.- Perfil Profesional Propuesto	84
1.- Funciones de la Práctica Profesional	
2.- Tareas Profesionales	
3.- Perfil Profesional	

I. INTRODUCCION

El avance que ha tenido el diseño curricular en los últimos años, evidencía su importancia en el quehacer educativo, y lo ubica en su ámbito de permanente reflexión - por transformar la formación científico-técnica de las distintas profesiones.

La inserción tanto de la práctica educativa como de la práctica social de las profesiones, en una realidad - compleja, sujeta a múltiples contradicciones producto del desarrollo histórico; explica la búsqueda de respuestas en la educación en general y en la educación superior en particular.

El surgimiento de modelos teóricos y procesos metodológicos y técnicos contenidos en el diseño curricular, hacen reconocibles distintas propuestas; que caracterizan a cualquiera de ellos. El substrato programático que subyace, no siempre explícitamente, en los distintos proyectos universitarios, hoy día no puede evitar ser plasmado en los planes y programas académicos.

La construcción de un objeto propio del diseño curricular, ha tenido una prolífica trayectoria. El desarrollo conceptual muestra una tendencia superadora que a pesar de ello, aún requiere y posibilita un trabajo creativo. Múltiples propuestas realizadas, han sido producto de condiciones particulares y aunque parcialmente dieran respuesta a lo esperado, la validación histórica de cada modelo curricular, inmerso en el proceso educativo, debe ser considerado en relación a los problemas específicos que encara una Formación Económico-Social Concreta.

La Educación Médica, ha sido uno de los ámbitos donde las propuestas curriculares son muy vastas. La fundamentación que sustenta a cada modelo, involucra en distinto grado, bases conceptuales y metodológicas que distan mucho de ser asimilables a una valoración homogénea. El carácter específico que cada cual asume, evidencía los elementos interpretativos en relación a uno de los principios básicos de la Educación Médica: la Práctica Médica.

Si bien, uno de los componentes activos está constituído por el campo educativo, y éste más que ejercer un movimiento centrífugo, es un espacio afectado por la dinámica de la P.M. A su vez la asimilación y adecuación de la influencia modeladora de la P.M. en el espacio educativo, tiene una relación muy estrecha con el derrotero que los Servicios de Salud han seguido. Por lo tanto, es factible identificar la correspondencia más o menos cercana, de determinado modelo curricular, con una interpretación del espacio social de la P.M.

Desde su creación, la Universidad Autónoma Metropolitana, y particularmente Xochimilco, asume una perspectiva valorativa y explícitamente formulada, acerca del proyecto que sustenta (ello aún a pesar del nivel de definición que presenta). De igual forma sucede en lo referido al Proceso de Diseño Curricular, donde aún no podemos dar por concluído éste aspecto. Aún más, se acepta la formulación sistemática y dinámica de tal proceso, como elemento permanente del quehacer educativo.

En la carrera de Medicina las propuestas surgidas, han aportado en su momento, polémicas, pero enriquecedoras

perspectivas, las cuales deben ser convalidadas en su existencia temporal. Sin embargo, aún hoy es posible identificar carencias en el planteamiento completo; ya que las formulaciones teóricas fueron plasmadas directamente en las - unidades de enseñanza-aprendizaje (Módulos), donde los ejes derivados adolescen de un marco de definición intermedio.

La exposición de elementos demasiado generales derivaron directamente en un plan de estudios que, independientemente de su planteamiento, presenta flexibilidad excesiva e imprecisiones; que por una parte, permite interpretaciones diversas e incluso excluyentes, cuando se lleva a la programación, y aún pero en su operación. Por otra parte, al intentar evaluarlo se presentan impedimentos, no solo por la inexistencia de parámetros precisos, sino además porque los mismos resultados - al margen de su validez técnica- pueden ser interpretados en determinada dirección como en su contrario, y ambos son igualmente defendibles o cuestionables, sin que en ningún caso se falte a la verdad.

Por lo tanto, encarar ese vacío lleva a proponer un marco referencial -teórico y metodológico- del cual se desprenda un perfil profesional, que tenga el grado de precisión necesaria para llegar al plan de estudios. Esto permitirá entonces, vislumbrar formas más delimitadas y evidentes para la programación posterior. También facilitaría su permanente evaluación, al contar con un referente específico.

Así, más que invalidar cualquier plantemiento de los producidos hasta ahora para la carrera de medicina, se intenta primero, sugerir los elementos faltantes, para que

sobre esa base se llegue a analizar con mayor rigor la experiencia de ya más de 8 años de trabajo; pero que sin perder la perspectiva del futuro, permita distinguir los cambios necesarios, para hacer congruente nuestra práctica - educativa con la cambiante realidad actual.

La perspectiva que orienta este trabajo, se fundamenta en el ánimo colectivo que un once de noviembre se inscribió en un proyecto universitario y que hoy, se debate en la práctica por darle la coherencia ineluctable con una posición universitaria, que rompe con los arquetipos convencionales de eficiencia o modernización en sí; y consolidar - realmente su carácter transformador, que nació con las mejores perspectivas por avanzar hacia un horizonte nuevo, y que día a día se ha enfrentado -y le queda mucho por delante- a posiciones por desviar, detener y aún retroceder, el proyecto de Universidad que no hemos terminado de construir.

II ANTECEDENTES

1.- El Campo de la Educación Médica.

Como espacio particular de la educación, que constituye la educación médica; es necesario tener presente las dimensiones que le ubican hoy día, en el contexto social, - tanto de la formación profesional, como de la prestación de servicios médicos.

La expansión educativa iniciada en la década del 50 mostró en su desarrollo posterior cómo los objetivos de desarrollo económico, social y cultural a los que se esperaba contribuyera, se vieron ampliamente fustrados. Este hecho pone de manifiesto contradicciones que en la educación se expresan, como resultado de la organización y dinámica de nuestra sociedad en particular y de América Latina en general. (1) Tales contradicciones se pueden enunciar así:

1) Necesidad de acceso libre, contínuo y permanente al dominio del conocimiento, y las grandes limitaciones pedagógicas, organizacionales y sociales inherentes a la institucionalización del aprendizaje en el sistema escolar.

2) Necesidades de transformación del sistema escolar, por el propio desarrollo social y los obstáculos creados por los intereses particulares de la clase dominante.

3) Crecientes expectativas de movilidad ocupacional y social a través de la calificación educacional y su contínuo detrimento en el mercado de trabajo.

Estas contradicciones han encontrado distintas interpretaciones y por lo tanto respuestas de solución que no son siempre coincidentes. Algunos afirman que se debe fundamentalmente a deficiencias en la planificación de la adecuación del sistema educativo respecto a las demandas del sector productivo, a la poca modernización administrativa y por lo tanto la solución es eminentemente de carácter técnico-administrativo. (2) Pero otras son los obstáculos para la inovación educativa, la inadecuación de los métodos y contenidos de la enseñanza. (3)

Para el Banco Mundial (4) el problema fundamental está formado por tres fenómenos centrales: a) sobre expansión de la educación superior tradicional, que resulta en el desempleo intelectual y una desigual distribución del gasto educativo. b) inadecuación entre las supuestas demandas del sector productivo -o de servicios en su caso- y el contenido de la educación media y superior. c) el aumento del analfabetismo total y funcional y la ausencia de oportunidades de educación básica.

También la solución que propone este organismo presenta tres grandes vertientes de política educativa.

1. Restringir el acceso a las universidades, trasladando al demandante el costo de su formación.

2. Implantación vocacional de terminales técnicas en la educación media y superior. Y

3. aumentar el gasto público en acciones que mejoren los niveles de educación básica y funcional.

En general, estas interpretaciones dejan de lado el análisis de las relaciones estructurales existentes, y toman solo algunos elementos desarticulados en sus propuestas de solución. Ni la obsolescencia de la escuela en su función - educativa, ni la futilidad de la expansión escolar, se expli can en términos de la ritualización del saber y de la alinea ción creada por la institucionalización, sin referencias a las estructuras económicas y sociales que históricamente los generan. (5)

Si bien en términos generales esto nos refiere al cam po educativo en general, la especificidad que tienen la edu- cación médica, tiene implicaciones distintas. En primer tér mino, la calificación que la fuerza de trabajo adquiere no es para desempeñarse en el sector directamente productivo, - sino que como tal, está en el indirectamente productivo. (6)

Esto significa que, la fuerza de trabajo del profesio nal de la salud, el médico, no interviene en la generación de valor de cambio en la transformación de la materia prima y su conversión en mercancia.

Con su desempeño el médico, se inscribe en el sector de los servicios, realizando el valor de otras mercancias (equipos, medicamentos, etc.) y adicionando su propio valor de cambio que representa la fuerza de trabajo (F. de T.) en su máxima potencialidad productiva.

Por lo tanto, las respuestas a que debe someterse la formación de personal médico, profesionalmente calificado, son en primera instancia las demandas que de manera directa o con mediaciones le imponen los servicios de salud, inscri- tos ellos en la Práctica Médica.

La evolución que la educación médica ha tenido tanto en América Latina (7) como en México, (8) reviste características que es necesario tener presentes porque evidencían como, las necesidades del desarrollo económico-social ha motivado cambios en la Práctica Médica (9) y como ésta, ha influído a la educación. Es conveniente tener en cuenta que desde principios del presente siglo y con más o menos ingerencia, los Estados Unidos de América han estado presentes paralelamente con propuestas educativas a los cambios ocurridos en cada país. (10)

La educación médica latinoamericana ha estado sometida durante los últimos 25 años a una contínua y en ocasiones controvertida influencia internacional. En muchos casos, dicha influencia llevó a la adopción irreflexiva, casi mecánica, de modelos foráneos que fueron distorsionados por las características particulares del medio y cuyos resultados no siempre han respondido a las espectativas. (11)

Es altamente significativo que de los años 60's en adelante, particularmente en la década siguiente se dió un expansivo movimiento de reforma curricular en las escuelas de medicina (12). Unò de los momentos que marca una pauta de desarrollo es la conferencia celebrada en Colorado Springs sobre la enseñanza de la medicina preventiva, donde se cuestionó el informe flexner -que desde su publicación en 1910, se había convertido en el instrumento nodriza de los curricula, tanto en E.U.A. como en América Latina (13)- destacándose la escición que provocaba entre la medicina curativa y preventiva; además de la pérdida de la perspectiva integral del paciente. (14)

La explicación más profunda que encontramos a este hecho, es el repunte que en la década del 60, tuvo la medicina preventiva en el concierto de las acciones sanitarias.

El antecedente político-económico que justifica su reelevamiento en la post-guerra, tiene como base la política hegemónica que los Estados Unidos intentaron plasmar en la "Alianza para el Progreso", instrumento que acorde a las nuevas necesidades del desarrollo capitalista de E.U.A. - planteó, además de propiciar una estrategia política que ocultara las repercuciones que el triunfo de la Revolución Cubana podía tener para América Latina. (15)

El centro gravitacional de la medicina, fué modificado por esta perspectiva global, variando de la medicina curativa a la medicina preventiva, trayendo consigo, no solamente el surgimiento de nuevas y enriquecedoras concepciones, (16) sino fundamentalmente cambios en las perspectivas sanitarias, alterando significativamente las tácticas de la Práctica Médica, especialmente de los servicios de Salud Estatales. (17)

Como resultado posterior se evidencían cinco tendencias principales que se tornan dominantes en el proceso de planeación de la educación médica:

1. La exposición temprana del estudiante a la práctica en salud.

2. La integración docencia-servicio.

3. Interdisciplinariedad.

4. Equilibrio entre ciencias biológicas y sociales con un mayor énfasis en el estudio de las ciencias sociales aplicadas al proceso Salud-Enfermedad.

5. Formación del médico en estrecha relación con los restantes miembros del equipo de salud, familiarizándose con la concepción de la dimensión social - del trabajo.

Si bien se exponen sintéticamente siguiendo el ezquema de Rodriguez (18) la forma en que se presenta y la trascendencia que cada uno de ellos adquiere en el plano concreto es muy variable. Algunos elementos están señalados en el ya clásico estudio de Garcia (19) y otros más se incluyen en otro estudio (20) donde podemos no solo observar los cinco puntos anteriores sino inclusive anotar la presencia de algunos cambios e inovaciones que marcan ya la búsqueda de alternativas que ofrezcan alguna vía de salida a la situación actual.

III. UNA PROPUESTA CURRICULAR PARA LA UNIDAD XOCHIMILCO DE LA U.A.M.

Bajo las consideraciones precedentes se quiere presentar la dinámica tan cambiante que tiene la formación de recursos humanos, los médicos en particular. Así como dejar constancia de un antecedente que modela e influye de alguna forma la existencia presente de un plan de estudios y que ejerce su influencia sobre cualquier otra propuesta. Esto significa reconocer explícitamente que la partida de cero no existe, si bien tampoco se da una evaluación integral ni completa, sino que mas bien se pretende aproximar a un modelo de diseño curricular cuya fundamentación se ubica en el ejercicio de la planificación educativa. (21)

En la UAM-X, para el caso de medicina podemos dejar asentado que el actual plan de estudios es el proceso terminal de un trabajo, que por exaustivo se puede dejar como concluído; es más, el nivel de definición y explicitación que presenta se explica por las necesidades ingentes a que el proceso educativo lo expuso durante estos 8 años de existencia.

La definición cada vez con mayor claridad de las etapas sucesivas de planificación no se plasmaron necesariamente en mayor y mejor operación. Inclusive, entre la planificación actual y la operación; existen distancias variables que por su magnitud no permiten homogenizarlas. Las respuestas inmediatas a demandas urgentes, deben ser visualizadas en una perspectiva globalizante y como primer elemento necesario de este esfuerzo se presenta la definición de un perfil

profesional, que no puede ser construído a priori, ni arbitrariamente, sino que debe ser producto de un proceso previo de detección y análisis de elementos conceptuales y empíricos; que juntos constituyen el Marco Teórico que brinde los lineamientos del Perfil Profesional y en base a éste último articular el plan de estudios. Se puede afirmar entonces que para poder asegurar la existencia de un diseño curricular terminado, hacen actualmente falta, estos dos elementos genéticos. Por lo tanto la propuesta teórico-metodológica que ahora se presenta, aplica la síntesis de ezquemas de diseño curricular propuestos por diferentes autores; (22) sin que ello cubra el proceso total, se hace referencia fundamentalmente a los dos primeros momentos.

FIG. I

MARCO TEORICO ---- PERFIL PROFESIONAL --- PLAN DE ESTUDIOS

1.1. LA PRACTICA MEDICA

La situación social en donde tiene lugar la práctica profesional del personal de salud, (Médico, Enfermera, Laboratorista, QFB, etc.) está enmarcada por la Práctica Médica. La dimensión en donde opera individualmente el profesional de la Salud no es una situación revestida de las características personales o voluntaristas del profesional, sino que es la expresión particular de una forma socialmente determinada de organizar y ejercer la medicina.

Esta determinación social significa entonces, que la Práctica Médica (P.M.) es todo el conjunto de políticas,

instituciones, servicos, acciones y actividades que en un momento histórico se realizan en salud, ello involucra, tanto al Estado como a las organizaciones sociales. Es precisamente el Estado quien imprime por medio de sus órganos y estructuras administrativas, (23) el carácter que asume en el conjunto social la P.M.

Así entonces la transmisión de la determinación social a la P.M. es también una mediación para influír y modelar la formación del personal en salud. (24) Esto representa un primer momento, el más general y el de mayor peso. Otro momento, es cuando las modalidades de la formación, influyen en la práctica profesional de los médicos quienes pueden seguir o no siendo funcionales al modelo de la Práctica Médica Dominante.

Es necesario señalar las características que implica la Dominancia de la P.M. en el contexto de la dinámica de la sociedad. Por las mismas condiciones del desarrollo económico y las coyunturas políticas que los diferentes grupos sociales han impreso en la vida del País.

La práctica social entendida ésta, como la forma específica que asume un área de la técnica y del saber producto de la división social y técnica del trabajo y que conforma un ámbito aceptado de ejercicio de las diferentes profesiones. Está delimitada en su entorno, para el caso particular de la medicina por la Práctica Médica.

Así mismo, la práctica profesional, es el carácter propio y específico que tiene en un momento histórico la actividad individual del médico, que representa una determinada forma de quehacer. El hecho mismo de actividad

práctica que expresa la formación académica y técnica del médico, por un lado y por otro la asimilación de patrones, valores y conductas del ejercicio profesional, que en el accionar cotidiano manifiesta la situación del médico con el paciente en lo individual, y con los grupos sociales en lo colectivo.

Con esta puntualización de los diversos niveles de implicación y manifestación del hacer en Medicina se quiere advertir, del riesgo que implica confundir niveles de análisis, al hacer referencia a un proceso globalizante como es la Práctica Médica.

Con anterioridad se señaló, la interpretación que se hace de la Práctica Médica, ahora es necesario ampliar el enmarcamiento que tiene en su vinculación con la sociedad.

Un primer punto de coincidencia, es la acción que el Estado, orienta con su participación o no, en el terreno de la Salud. En este punto vale una precisión: En un análisis histórico de la Práctica Médica, como instancia funcional del quehacer en salud, existente en la sociedad, encontramos que no siempre (ni en cada formación económico-social, ni en todos los períodos históricos de una misma - formación) es posible, en términos reales, delimitar esta participación o no del Estado. Sin embargo, en la fase histórica actual para el caso de América Latina (25) y de México, particularmente cualquier análisis que se plantee no puede dejar fuera para tener algún rigor científico la consideración del Estado, (26) ello porque la constitución, del Estado-Nación en todos los países es una realidad.

Ahora bien, con el desarrollo nacional ha sido cada vez manifiesta en mayor medida esta participación del Estado. En tal sentido es importante esta situación, que la manifestación de los servicios de salud, no es ajena en ninguna medida a las Políticas Estatales,. En el sentido que significa la modelación de la existencia concreta de la P.M. está definida por la gestión estatal, tanto por medio de las instancias administrativas como por medidas legislativas y en menor medida por el soslayo que se hace de algunas formas de P.M. (27) (La privada y la popular por ejemplo).

Así, intentar una primera caracterización de la P.M. actual, conlleva a una jerarquización de las distintas formas en que se presenta. La razón de ésta múltiple coexistencia inclusive antagónica en ocasiones; está dada por la naturaleza misma del funcionamiento de la sociedad mexicana, tanto por la estructura económica, como por las manifestaciones ideológicas y políticas de los grupos sociales en movimiento. Por otra parte, la función general del Estado, de establecer las condiciones para la conservación y reproducción de la formación socio-económica a todo nivel y en todas sus instancias es la pauta que permite la siguiente clasificación:

1.1.1. Práctica Médica Institucional

Es la forma hegemónica de P.M. que pretende (por lo menos declarativamente) tener una cobertura nacional en términos geográficos y al total de los grupos y clases sociales en términos sociales. Su estructura organizativa está torneada en mucho por la capacidad de presión que grupos sociales

ejercen. Conserva en los hechos la misma estructura de poder que le da lugar y al erigirse en instancia con capacidad de maniobra y negociación al interior del grupo gobernante, es también fuente de Poder. El sustrato conceptual que sustenta las acciones médicas y sanitarias de las instituciones de salud se basa en el concepto ecológico de la Salud-Enfermedad -que no logra superar su carácter marcadamente biológico- y enfocada fundamentalmente a las medidas individuales y secundariamente las colectivas, aún cuando no existe una interpretación integral de los grupos humanos.

Por la naturaleza social y estatal de las instituciones de salud, se realizan actividades de salud pública, así como la prestación de servicios no personales. Es una participante activa en la circulación y consumo (dentro de los marcos generales del modo de producción dominante) de mercancías "Médicas".

1.1.2. Práctica Médica Privada

Con una cobertura determinada por la capacidad de pago de ciertos grupos sociales. Por lo tanto restringida.

En este punto es necesario distinguir dos modalidades que se presentan:

a) DE GRUPO

Organizada con la prespectiva del mercado, dirigida a los grupos sociales con alta capacidad de pago; por lo mismo con una cobertura restringida solamente a los grupos con ingresos más elevados.

Se fundamenta en un conocimiento altamente "científico" cuya repercusión en la práctica es actuar casi exclusivamente en el acto terapeútico. Justifica el pago elevado por servicios en una mejor atención, así como en la utilización de medios y procedimientos técnicos más tecnologizados.

b) INDIVIDUAL

Como la modalidad anterior, tiene como criterio central la capacidad de pago del demandante y tiene como perspectiva el lucro del médico. Aún cuando no es tan excluyente para algunos grupos sociales y tiene influencia generalizada. Se orienta principalmente a sectores medios que simultánea o parcialmente son atendidos por la medicina institucional. En este sentido existe un subnivel de atención en áreas "marginales" tanto urbanas como sub-urbanas aunque en última instancia está - orientada por el lucro.

Como la anterior, se fundamenta en el conocimiento "científico" y se traduce básicamente en conductas terapeúticas de carácter farmacológico, recurre cuantitativa y - cualitativamente en menor grado a los medios técnicos de diagnóstico. Refuerza su existencia, compitiendo como la anterior en el mercado. ofreciendo mayor efectividad de las acciones terapeúticas. Corresponde su auge a una fase del desarrollo capitalista y hoy se presenta como decadente por perder su hegemonía en la Práctica Médica.

Entre ambas modalidades, la Práctica Médica Privada cubre el 12 % de la Población.

1.1.3. Práctica Médica Popular

Generando y ofreciendo servicios fundamentalmente a grupos de bajo ingreso; surgida y legitimada a partir de la existencia de un concepto de las relaciones donde se encuentran inmersos -casi siempre subordinados-. Con conocimientos basados en el sentido común, -experiencial - empírico -y matizados por un contorno mágico. Algunas referencias científicas asimiladas empíricamente. En su funcionamiento puede

encontrar contradicciones con las instancias institucionales y privadas, si bien casi siempre coexisten contradictoriamente y de manera simbiótica.

El hecho de caracterizar estas tres formas de P.M. permite identificar la importancia de cada una de ellas en la formación económico-social mexicana. En primer término es conveniente revisar su magnitud en el conjunto de la población.

1.2. COBERTURA ASISTENCIAL A LA POBLACION

Tomando como indicador de cobertura poblacional a seis recursos básicos de los servicios personales*, y en base a indicadores elaborados en México de la población que puede ser atendida con cada uno de ellos se calculó la cobertura de cada institución (28). Para 1978 la capacidad de cobertura real de:

La seguridad social, era del 24 % de entre los cuales el IMSS representó el 18 % y el 6 % faltante el ISSSTE y otras instituciones.

La asistencia social (incluída la SSA, DIF, SADDF, etc.) el 19% y la medicina privada el 12 %. Quedando el 45 % de la población sin cobertura, y por lo tanto debe recurrir a médicos y recursos englobados en la medicina popular.

En términos generales se puede observar una reducida cobertura poblacional que significa en lo general el 55 % del total de los habitantes del país sin atención médica. Si bien esto ha variado cuantitativamente, es decir se ha incrementado la cobertura; esto no necesariamente ha traído modificaciones cualitativas en términos de las instituciones que brindan servicios. Esto adquiere significación porque la magnitud proporcional de una u otra institución de la cobertura institucional modela el carácter de esta forma de práctica.

---

* Médicos, enfermeras, camas, quirófanos, laboratorios clínicos y laboratorios radiológicos.

Al hacer una valorización del crecimiento proporcional de la población que cuenta con cobertura respecto al total de habitantes, se observa un crecimiento absoluto importante, que independientemente de la consideración que de ello se puede hacer, en el sentido de la magnitud de Población que queda sin atención, muestra claramente la repercusión que en la P.M. tiene la práctica institucional.

La institución de mayor impulso ha recibido por parte del Estado y que ha marcado la pauta del desarrollo institucional es el IMSS. (Aunque es necesario precisar que al lado de otras instituciones que conforman la Seguridad Social, ofrece prestaciones y servicios que rebasan el ámbito específico de la atención médica). Así para 1979 del 40.28% de población derechohabiente, el IMSS atendía el 30.25 %. El ISSSTE el 7.65% y las demás instituciones de Seguridad Social el 2.38%. Esto significa que tres cuartas partes de la población asegurada es atendida por el IMSS, poco menos de un cuarto el ISSSTE, y el sobrante otras instituciones. La magnitud que representa el IMSS en el conjunto de la totalidad de los habitantes permite evidenciar sin ninguna dificultad su importancia. (Ver anexo estadístico. Cuadro No. 1).

La relevancia y repercusión que tiene entonces, esa institución en la P.M. es manifiesta no solo por el hecho de ser la de mayor presencia cuantitativa, sino particularmente porque, como anteriormente se señaló, en el conjunto de la forma institucional de P.M. es la de mayor peso y ésta (la institucional) es la que guía y determina al conjunto de la Práctica Médica.

El carácter de esta institución, se explica tanto a partir de las causas que le dieron origen, (29) como por las cualidades de la población a quien presta servicios. En este último sentido, es manifiesta la jerarquía que en sus acciones tiene, la población directamente productiva. Esto significa entonces que la cobertura tiene como universo o como población blanco en términos epidemiológicos, a la Fuerza de

Trabajo activamente productiva; quienes son asegurados con sus familiares quienes son derechohabientes con diferentes modalidades.

Según los autores de necesidades esenciales de México, (30) el IMSS cubría 38.1 % de la población económicamente activa, que expresado en números absolutos representa alrededor de 13.5 millones de personas que representa el 64% de la población derechohabiente del IMSS en ese mismo año.

Esta situación evidencia el énfasis que en el contexto nacional representa el IMSS. En otros términos, el hecho de prestar atención prioritaria y cuantitativamente superior a la F. de T. asalariada significa la conservación y reparación de las condiciones productivas de esa F. de T., (31) inclusive al prestar atención al núcleo familiar, incorpora a mediano y largo plazo la fuerza de trabajo potencial que representan fundamentalmente los hijos del trabajador, es decir que no solo conserva y mantiene la F. de T. productiva, sino que además forma F. de T. controlando y fomentando uno de sus principales atributos: La Salud.

Este hecho no se puede entender al margen del desarrollo que en el marco social ha tenido la salud. En un momento histórico, cuando la necesidad de disponer de amplias masas de fuerza de trabajo, para incorporarla a la producción, obliga a extraer a grupos humanos de formas pre o semicapitalistas y donde la producción de F. de T. se realiza en el mismo ciclo, lo único que hace la producción manufacturera es absorver el mínimo de costos en su produccción.

Al incrementarse expansivamente la producción capitalista, la necesidad de mantener plenamente productiva a la F. de T., en su mayor potencialidad, lleva al surgimiento de instituciones oferentes de servicios médicos y de algunas prestaciones; estas instituciones oferentes son de 2 modalidades, una de ellas son las mutualidades obreras, quienes se contituyen en una especie de seguro colectivo, sostenidas por los mismos trabajadores y que por lo demás son la expresión de un recurso último y desesperado de sobrevivir ante las inclementes condiciones laborales y de vida a que son sometidos (32).*

---

* Este caso, es particularmente representativo en Inglaterra, en la fase expansiva del Capitalismo. Wim Dierékxsons, Capitalismo y Población.

Otra forma son las incipientes, cooperativas médicas desarrolladas a nivel de empresas, donde los gastos son "compartidos" por patrones y trabajadores, que son el germen histórico del financiamiento de la Seguridad Social. Ambas formas representan la base, sobre la cual continuará la construcción de la seguridad social y por lo tanto la atención médica de carácter Estatal. (33)

Cuando el desarrollo capitalista se erije en la pauta dominante y modeladora de la vida nacional, los requerimientos de F. de T. y su capacitación se ven modificadas sustantivamente. (34) Esto se traduce por ejemplo, en mayor preparación técnica, (calificación para ciertos procesos y para ciertas actividades dentro de los mismos procesos) y - por lo tanto mayor duración en el tiempo de dedicación a la misma tarea, (mantener un alto grado de capacitación que ha tenido un costo elevado).

La necesidad inminente de absorver los costos de la producción de F. de T. por el conjunto social, implica la activa y cada vez mayor, participación del Estado en los gastos sociales. Por esa situación se torna ineludible su participación, y simultáneamente el asumir la función rectora de la P.M. (35)

La trascendencia que tiene en el momento presenta comprender la magnitud de la influencia de la P.M. institucional tiene dos causas fundamentales: una es la tendencia manifiesta a crear un solo Sistema de Salud, y la otra, valorar la repercusión que tendrá en el total de la población, particularmente en los grupos sociales populares.

Ambas situaciones son en los próximos 20 años, las que nos pueden orientar acerca de qué recursos en Salud se requieren. Respecto de la primera causa, es ahora difícil predecir sin riesgo de equivocación, cual será el modelo a seguir por el Sector Salud. Aún con riesgo de absolutizar se pueden plantear dos grandes posibilidades de desarrollo - del Sistema de Salud, por un lado un modelo basado en la existencia de niveles de atención con énfasis en el segundo y tercero, es decir de

especialidad y subespecialidad. El otro modelo se centraría en la priorización del primer nivel de atención, con reelevancia de la medicina general.

Cualquiera de estas dos posibilidades e incluso la conjugación de ambas, impondrá requerimientos cuantitativos y sobre todo cualitativos de índole distinta. También, la repercusión en la P.M. global, motivará ajustes y cambios significativos.

2.- El Proceso, Salud-Enfermedad.

El proceso salud-enfermedad (P.S-E.) para tener una interpretación en su magnitud integral y completa, no basta referirlo a su expresión fenoménica, sino que es necesario analizarlo, en sus relaciones internas y externas fundamentalmente en sus determinaciones socio-históricas.

La manifestación de la S-E., se da en individuos concretos y en perfiles epidemiológicos (36) para grupos sociales y para conglomerados de grupos sociales en un todo social. Así entonces es necesario deslindar dos planos que se entremezclan. El primero es cuando se habla del P. S-E. como hecho concreto, como manifestación real. Por ello cuando adquiere materialidad, se expresa en nosologías, síndromes o signos y síntomas, no solo en un individuo sino inclusive en colectivos humanos.

Un segundo plano se refiere a la interpretación de ese hecho real, esto es la forma y elementos en la conceptualización del P. S-E. (37) El concepto del P. S-E. (C-P. S-E.) incorpora como tal, ideas, conceptos, imagenes y creencias presentes en la conciencia social; y también en elementos científicos y técnicos producto del desarrollo de la ciencia. Este segundo plano, recupera implícita o explícitamente de manera particular, el pensamiento social sobre la S-E.

La humanidad en su desarrollo histórico ha logrado conocer un primer momento del proceso morboso, con bastante precisión. Es decir, se ha aproximado prioritariamente a la causa biológica, al elemento desencadenante del proceso. (38)

Igualmente se acepta y conoce menos, la asociación causal con el medio ambiente, su relación ecológica; sin embargo el P. S-E. ha sido debilmente estudiado y comprendido en su relación histórico-social. A pesar de ésta última situación se postula la necesidad de tener una perspectiva totalizadora de los hechos concretos, tanto para entender sus relaciones y mediaciones, como para ofrecer alternativas de solución viables y resolutivas. Aún más, esto es particularmente indispensable en cuanto es el ser humano quien lo manifiesta y así mismo, "es lo más rico, lo más plenamente determinado del Universo. El movimiento de diversidad de lo unitario y reunificación de lo diverso, que caracteriza a todos los procesos de la realidad, se expresa también en el hombre". (39)

El abordaje central de los fenómenos y procesos que atañen al hombre, se fundamenta especialmente en la historia, donde no solo se configuran hechos o sucesos articulados cronológicamente en un continumm, sino que se refiere a la articulación de los procesos sociales en el desarrollo histórico de la sociedad. Por lo tanto ésta comprensión se centra en dos tipos de relaciones del hombre, tanto individualmente, como en cuanto sujeto social. La relación con la naturaleza en su transformación para generar los bienes necesarios para su vida, y la relación con los otros hombres para la transformación de la naturaleza y para su vida social.

Un nivel superior de interpretación, se hace bajo los planteamientos anteriores, lo necesario es descender estos elementos a un plano más aprehendible.

Un abordaje metodológicamente útil, se ha desarrollado tomando la categoría Proceso de Trabajo. (40) Sin embargo se puede observar que no es lo suficientemente completa,

dado que muchos factores de carácter social, no se pueden integrar adecuadamente. El estudio de grupos humanos, posibilita una mejor comprensión. Al partir también de hechos fundamentales de la sociedad, pero enfatizando la articulación no homogenea de tales grupos en la sociedad.(41) La existencia de Clases Sociales en una sociedad, no reeleva de la interpretación del conjunto social y si permite su incorporación diversificada bajo un todo unitario, esto significa referirla a la categoría, Reproducción Social. (42).

Estudiar así el proceso Salud-Enfermedad, permite valorarlo como una resultante de la función reproductiva de una Formación Económico Social (FES). Donde los procesos que en ella suceden son expresión de las necesidades que - esa FES presenta, esto en el sentido histórico, pero también permite encontrar los elementos que la debilitan y que son resultados de fisuras o antagonismos estructurales y que son posibilidades de transformación y superación de la sociedad.

Por lo anteriormente señalado, el P. S-E., es la expresión de una esfera de la vida, de la misma sociedad. Esto significa que la calidad de la vida y la forma y magnitud de enfermar y morir de los individuos de una FES, son el resultado y la evidencia del carácter histórico de una - Sociedad.

Desarrollar una caracterización de la situación de Salud-Enfermedad, de un colectivo social, presenta varias limitaciones, la primera de orden metodológico, es precisamente qué datos e indicadores analizar. Algunos estudios plantean análisis (43) que son fieles exponentes para el caso mexicano, de intentos similares tanto nacionales como para el resto del continente, de una corriente dominante en

la presentación y análisis de la situación de S-E. Las implicaciones conceptuales que esta metodología supone, se refiere a tomar excluyentemente a la Salud y a la Enfermedad, es decir al aumentar una, disminuye la otra.

Un intento de avanzar en esta conceptualización ha sido planteada por varios autores (44) se traduce metodológicamente en valorar ambos procesos, esto es: La Salud y la Enfermedad, como resultado de situaciones que se pueden medir por separado. La Salud implica hacer referencia al nivel de vida de los hombres y que afectan directa o indirectamente su salud. (45) La Enfermedad se valora por las repercusiones que tiene la mortalidad y morbilidad de la sociedad.

Una limitación sin embargo, es de orden técnico, esto significa la disponibilidad adecuada de fuentes de información, que permitan recurrir con un grado de precisión importante, a integrar una visión completa. Ello no se centra exclusivamente en la disposición o no de información, sino también incluye el grado de confiabilidad que las fuentes tienen,(46) aún las oficiales. Además muchos datos están acumulados y su desagregación resulta muchas veces imposible y en otros se debe recurrir a procedimientos comparativos de otras fuentes para obtener los datos necesarios.

2.1. CARACTERIZACION DE LA ENFERMEDAD EN MEXICO

A continuación se presenta una breve caracterización de la situación de Salud-Enfermedad del país, presentando algunos indicadores negativos (de enfermedad) que permiten dar un panorama del tipo de problemática a que debe dar respuesta el médico, lo que brinda los elementos cualitativos de la formación profesional que se incorporaron en las cuatro funciones generales del médico.

Ya se ha señalado el carácter diferencial con que se distribuye la enfermedad, su magnitud y las características específicas de tal o cual patología, en los distintos grupos y clases sociales. Para tal efecto se pueden señalar dos investigaciones (47) que por los datos empíricos y las interpretaciones ya presentes en ellos permite visualizar esta situación. Aquí se maneja información general, debido a la carencia de trabajos o fuentes de información que consideren datos de todo el país, con desagregación por grupos o clases sociales. Dado que la formación social mexicana no es un conglomerado homogéneo de individuos, vale advertir y tener presente, esta situación, porque para su inclusión en el perfil profesional, se hace una valoración de ellos, en base a estudios realizados en otros países, de tal forma que se destacan los que expresan con mayor posibilidad la situación de los grupos sociales mayoritarios, con quienes explícitamente se adopta el compromiso de la UAM-X. (48)
Las características demográficas de la población Mexicana.

La distribución de la población por grupos de edad, muestra (Cuadro 2) para 1974 una concentración cercana a la mitad (46.3%) de toda la población en el grupo de menores de 14 años, situación que en la proyección programática de

CONAPO*, para el año 2000 disminuye a un tercio (33.1%) del total. El grupo de edad productiva - 15 a 64 años - en 1974 significa la mitad (50.0%) y en el año 2000 se prevee en más de esa magnitud (el 62.4%); esperándose un ligero incremento para el año 2000, en la población de 65 y más años, respecto de 1974.

En general, entre la situación presente en 1974 y la proyectada 26 años después, se esperan modificaciones que tienden a concentrar el peso específico de la población, en el grupo de edad productiva (15 a 64 años); ésto en detrimento de la población menor de 14 años. Sin embargo, las modificaciones supuestas aún cuando considerables, no son susceptibles de alterar significativamente el panorama demográfico; y es de suponer una permanencia de las necesidades sanitarias a que da lugar este tipo de distribución poblacional en un país, cuando máximo, se puede suponer ajustes cuantitativos.

La esperanza de vida al nacer, progresivamente observada de 1930 a 1975 (Cuadro 3) muestra para México un incremento significativo que va de los 36.5 años en promedio para la primera fecha a las 65 en la segunda. En promedio para 1973, México se encontraba por debajo de Venezuela, Argentina, Costa Rica y Cuba en América Latina. La diferencial por sexo en la esperanza de vida al nacer, se incrementa progresivamente de los 1.4 años en 1930 a los 4.9 años en 1975, lo cual es ya muestra de un cambio significativo, particularmente si consideramos que tal diferencia se amplía en los primeros años de la década del 60, es decir 20 años después de que se ha iniciado en el país un proceso de industrialización (49), por lo que aquí (en la mayor prontitud de muerte en el

---

* Consejo Nacional de Población.

hombre) estaríamos observando una resultante del proceso - económico. La diferencia de mortalidad por sexo se incrementa paulatinamente más, este hecho nos debe advertir en las proyecciones que se consideren en este indicador por la tendencia del desarrollo económico del país ahora y en los años posteriores.

La tasa general de mortalidad en México (Cuadro 4) muestra en distintos periódos desde 1985 un decremento importante, desde 1930-1934 casi desciende dos unidades por cuatrienio, lo cual refleja en lo general un mejoramiento de las condiciones de vida. (50)

Sin embargó, entre 1965 y 1974 el decremento es de 1.3 en la mortalidad general, en tanto que en este mismo período la población derecho-habiente de los servicios de Salud se incrementó un 13% respecto de 1965, lo que (por el escaso período) nos permite apenas sugerir la relativamente poca repercusión de la atención médica sobre la disminución de la tasa general de mortalidad.

Al establecer una relación estandarizada a 14 países, para obtener lo evitable de la mortalidad* y aplicarlo a los datos del mismo año, se observa (Cuadro 5) que en 1974, de 432 266 muertes, el 43% es evitable y considerando a éste como total, el 42% corresponde a menores de un año, el 17% de 1 a 4 años y 13% de 5 a 24 años; 25% en la edad productiva y sólo el 3% en 65 y más años. Esto significa que actualmente un alto índice de la mortalidad que ocurre

---

* Muertes inevitables, estimación adoptando la rasa resultado del promedio de muertes estandarizadas de: Suecia, Japón, Dinamarca, Francia, Inglaterra, Canadá, Israel, - E.U.A., Puerto Rico, Polonia, Checoslovaquia, Costa Rica, Chile y Colombia. (51)

Muertes evitables, resultado de la diferencia del total de muertes y las muertes inevitables.

en el país no tendría razón de ocurrir, dicho de otra forma; si las acciones sanitarias y médicas incidieran mas eficientemente y se complementaran con acciones sobre el elevamiento del nivel de vida, muchas de las muertes no sucederían.

Al aplicar este mismo criterio en 1974 a algunas de las principales causas de muerte, se observa (Cuadro 6) que excepción hecha de la mortalidad perinatal y de las muertes violentas (que a pesar de todo representan un alto porcentaje, el 34% y el 42% respectivamente) todas las demás son evitables en más de la mitad e incluso las enfermedades diarréicas (que en 1974, 1975 y 1976 ocuparon el segundo lugar como causa de muerte general y primero en el grupo de 1 a 4 años) son evitables en el 90%, lo mismo se señala para la desnutrición y la bronquitis y las enfermedades respiratorias agudas y neumonías que ocuparon los primeros lugares como causa de muerte. La mortalidad materna, así como la perinatal, está mas asociada con las acciones asistenciales alrededor del parto que cualquier otra nosología.

Las proyecciones para las tasas de mortalidad general e infantil por causas (Cuadro 7) muestran un panorama donde los cambios que se perciben son de carácter cualitativo en la conformación actual de las 10 principales causas de muerte. Esto expresa que por lo menos en los próximos 20 años la patología que con mayor frecuencia se va a presentar y a la cual se debe dar respuesta, esta conformada por las 10 principales causas de muerte que se presentan hoy día.

En lo referente a la mortalidad materna, indicador muy hábil, y aunque no forma parte de las primeras cuasas de mortalidad en México, se debe considerar que por cada muerte materna se afecta el desarrollo de una familia. De acuerdo

con la estandarización de la mortalidad de 14 países, el - 88.5% de las muertes son evitables, (Cuadro 8). Por lo que según cálculos (52) México podría pasar de una tasa de 1.11 por 1000 nacidos niños registrados a una de 0.13. La distinción por causas (Cuadro 9), muestra que el rubro "otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio" constituye el 48.7%, el 22% se debe a hemorrageas del embarazo y parto, 15.5% a toxemia del embarazo y puerperio, 7.67% sepsis y - 5.83% abortos, ésto aún a pesar del subregistro existente en el país. (53) Aunque existen cambios numéricos de la incidencia de estos problemas, en general se puede considerar - que estas causas seguirán siendo las de mayor repercusión en este grupo de población.

La mortalidad infantil junto a la materna, es uno de los indicadores mas reelevantes,(54) a pesar de ser un renglón donde el subregistro es muy elevado por lo que, la tasa de mortalidad infantil debe estar muy subestimada. (55) Aún con lo anterior, México estaba en 1975, en el lugar No. 11 por la incidencia de mortalidad infantil en los 33 países del continente americano (56). Teniendo presente todo esto, es evidente (Cuadro 10) que ha existido un descenso relativo en los niveles de mortalidad infantil. (57) En 1974 de los 121 604 muertes registradas, 77 081 el 63.3% eran evitables* (Cuadro 11) y de las causas por grupos de enfermedades, se observa que el 93.53% de tuberculosis del aparato - respiratorio era evitable, el 92.7 de bronquitis, enfisema y asma, el 90.7% de las anemias, el 90.5% de las avitaminosis y otras deficiencias nutricionales, el 86.61% de las enteritis y otras enfermedades diarréicas, y el 78.6% de las infecciones respiratorias agudas y neumonías. Las siete - causas que pueden reducirse en más del 70% cada una, acumula 54 978 defunciones prevenibles, que representan el 45% de las muertes registradas.

---

* Ver Pag.

Se debe señalar que, en cuanto a las defunciones por causas infecciosas y parasitarias (Cuadro 12) se puede observar que se da una disminución progresiva desde 1940 hasta 1975, inclusive en 1970 a pesar de verse un incremento absosulto, la tasa sigue la tendencia descendente del % que representan las enfermedades prevenibles por vacunación, se observa que en 1940 representaron el 4.7% para 1950 y el 1.32 en 1975. Se debe advertir sin embargo, que esta disminución no se asocia totalmente con las campañas de inmunización (58) En la proyección para el año 2000, se perciben cambios cualitativos (Cuadro 13) en la jerarquía de las causas, y un decremento cuantitativo de cierta reelevancia.

Respecto de la mortalidad en la población preescolar y escolar, se puede observar (Cuadro 14) que el 80.5% y el 68.4% son evitables para esos respectivos grupos de edad. Nuevamente al considerar las causas un elevado número de - ellas son evitables en más del 70% (Cuadro 15) excepción de las violencias en los preescolares. Sucede algo semejante en los escolares, donde además del cancer (2.1%), muertes violentas (41.4%) diabetes Mellitus (53.6), y enfermedades cerebrovasculares (60.9%), todas las demás son evitables en más del 70%. La panorámica cualitativa es bien sugerente porque muestra, donde existe mayor vulnerabilidad para la disminución absoluta de la mortalidad preescolar y escolar y tambien porque es aquí dado el peso específico que representa en la mortalidad general (12.8%) y la magnitud de estos grupos de edad en la población (un tercio); donde está uno de los frentes de acción asistencial mas necesario.

La mortalidad en la población en edad productiva (15-64 años), a partir de 1950 y hasta 1976, muestra (Cuadro 16) mas bien una tendencia levemente creciente. Observando por subgrupos de edad, se ve una disminución progresiva en el

grupo de 15-24 años, algo semejante pero con menor magnitud; (20.2% menos en 1950 para el grupo de 15 a 24 años y 20.5% en 1976 para el mismo grupo) lo que hace suponer una repercusión más elevada de la muerte en la edad madura. Este hecho parece quedar plenamente evidenciado en el subgrupo de 45-64 años (casi el final de la vida productiva) donde se ha incrementado progresivamente conforme pasa los años.

El porcentaje de muertes evitables para 1974 da un 41.6% del total (Cuadro 17), siendo más de la mitad evitables en el subgrupo de 25 a 44 años (55.4%), seguidos del subgrupo de 15 a 24 con 49.3% y finalmente el subgrupo de 45 a 64 años, donde solo el 28% es evitable. Esto haría suponer que efectivamente se esta llegando a lo que algunos autores denominan muerte natural (59) en la edad adulta y que más adecuadamente se ha demostrado que es la postergación por efectos del trabajo en la muerte temprana del adulto (60). Para 1974 se observa (Cuadro 18) que el 41.6% es evitable, de las cuales el 44.4% corresponde a la primera causa de muerte en este grupo de edad: muerte violenta. El 76.9% a las infecciones respiratorias agudas, 81.6% a la tb pulmonar; las enfermedades cerebrovasculares, cuarto lugar como causa de muerte, es evitable en 29.2%, la enterítis y otras enfermedades diarréicas (de poca magnitud en esta edad) que ocupa el sitio número cinco es evitable en 9.4%, la diabetes Mellitus evitable en 63%, las causas de muerte materna en este grupo de edad ocupan la séptima posición y son evitables en el 88.4%. Anémias, evitables en 92.4%, la avitaminosis y otras deficiencias nutricionales en el lugar undécimo, son evitables en el 87.8%. Cualitativamente se observa: primero, una incidencia muy heterogénea de nosologías como causa de muerte, que involucra simultáneamente dentro de las 10 principales causas, tanto a problemas que se pueden denominar agudos junto a los crónicos. Esto es

significativo porque expresa la permanencia simultánea de condiciones de vida y trabajo muy disímbolas, así por ejemplo, el cáncer en cualquier forma, para este año (1974) se registraron 10 885 defunciones que lo ubican como la segunda causa de muerte en esta edad, pero que al relacionarla con la mortalidad estandarizada en los países que se mencionó inicialmente, resulta que está por debajo del número estimado; y si lo separamos por subgrupo de edad (Cuadro 19) varía del segundo puesto en la edad de 45 a 64 años, al cuarto de 25 a 44 y sexto en los 15 a 24 años. Algo parecido sucede con la diabetes que del quinto sitio entre los 45 a 64 años, para al undécimo entre los 25-44 años y al décimo cuarto en los 15-24 años. Para las enfermedades del corazón se puede observar algo semejante, tercero, primero y primero en órden decreciente de subgrupo de edad. Las enfermedades con una frecuencia relativa ascendente, del subgrupo de 15-24 años al subgrupo 45-64, son: muertes violentas, influenza y neumonía, tuberculosis, enterítis y otras enfermedades diarréicas, otras enfermedades digestivas, anémias, otras enfermedades bacterianas, avitaminosis y deficiencias nutricionales. En cuanto al grupo de edad, mayores de 65 años, ya se señaló anteriormente (Cuadro 5) el reducido porcentaje (5.4%) de muertes evitables que representan. En lo referente al órden de importancia de las causas que la originan, están decrecientemente: enfermedades del corazón, influenza, neumonías e infecciones respiratorias agudas, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, diabetes Mellitus, enterítis y otras enfermedades diarréicas, bronquitis, enfisema y asma; cinosis hepática, anemias y accidentes. Con modificaciones en la secuencia respecto al grupo de edad 15-64 años, pero en esencia son las mismas causas de muerte en este grupo.

En lo referente a las repercusiones que tiene el trabajo sobre la salud es muy sesgada la información disponible. Aún esto, el IMSS, es la institución que brinda algunos elementos en ese terreno, especialmente si se considera que es

la institución que brinda cobertura a la población directamente productiva. En general se manifiesta una tasa ascendente de accidentes y daños laborales a partir de 1976. (61)

En general en el rubro de accidentes y daños de trabajo, los golpes por y contra objetos son los que representan la mayoría 41.2% y 48.6% para 1970 y 1976 respectivamente (Cuadro 20), siguen las caidas, escoriaciones y atrapado por, bajo o entre.

En cuanto a la región anatómica, la mano es la más frecuentemente afectada, seguida del píe y los miembros tanto superiores como inferiores, ojos, cabeza y cara siguen en orgen decreciente. (Cuadro 21) La repercusión de estos hechos se puede medir indirectamente en la secuelas invalidantes.. Así para 1975, del total de inválidos más de la mitad (57.1%) (Cuadro 22) tienen como orígen accidentes o enfermedad y solo el 43% son de nacimiento. En cuanto al grado de invalidez, dos tercios el 76% son de mediano y severo grado, solo un 24% se considera como leve. En cuanto a las causas de invalidez (Cuadro 23) se destaca en primer órden, los efectos tardíos de la poliomielitis (cuyo orígen es la enfermedad y su grado entre moderado y severo). Seguido de la hipoacusia bilateral (de orígen altamente probable, laboral y de grado casi siempre severo (62)). Se puede observar que de 25 causas consignadas, 10 se asocian con violencias o enfermedades y accidentes laborales.

Esta observación somera y muy general, se complementa con las estadísticas nacionales de la SSA, en lo referente a egresos hospitalarios e intervenciones quirúrgicas. - Con fundamento en la necesidad de medir el tipo de patología que amerita hospitalización o atención quirúrgica y que

significa un momento intermedio entre la demanda asistencial de consulta externa y el efecto letal de la enfermedad expresado en la mortalidad. Igualmente se comparan con los individuos generales aquí referidos para lograr un grado de correlación, que permita valorar su repercusión en las actividades del médico general. Finalmente referir que ésta descripción no es ni exaustiva ni total, sino una caracterización que permite abordar cualitativa y cuantitativamente el problema de los daños a la salud en México.

LA POBLACION DEL PAIS - 1965 - 1980.

AÑO	I.M.S.S.		I.S.S.S.T.E.		O T R A S a		POBLACION DERECHOHABIENTE		Población del País
	Población	%	Población	%	Población	%	Población	%	
1965	6.815,685	16	1.029,654	2.4	721,172	1.7	8.566,511	20.1	42.728.958
1970	9.895,629	19.5	1.347,470	2.7	1.127,358	2.4	12.370,457	24.4	50.694,617
1971	10.676,747	20.4	1.584,792	3	1.390,074	2.6	13.651,613	26.0	52.451.948
1972	11.603,579	21.4	1.873,747	3.5	1.303,431	2.3	14.780,757	27.2	54.273,296
1973	12.660,702	22.5	2.088,824	3.7	1.307,563	2.4	16.057,089	28.6	56.161,054
1974	14.778,046	25.4	2.905,486	5	1.537,995	2.7	19.221,527	33.1	58.117,709
1975	15.815,646	26.3	3.448,568	5.7	1.619,852	2.7	20.884,066	34.7	60.145,258
1976	16.631,542	26.7	3.918,514	6.3	1.688,948	2.7	22.239,005	35.7	61.800,640
1977	17.377,633	27.2	4.367,166	6.8	1.691,602	2.6	23.436,401	36.7	63.821,513
1978	18.149,841	27.5	4.991,987	7.5	1.601,000	2.4	24.742,828	37.5	65.843,571
1979	20.987,823	30.9	4.901,000	7.2	1.650,000	2.4	27.538,823	40.5	67.898,966
1980	23.218,366	33.2	5.211,000	7.4	1.750,000	2.5	30.079,366	43.0	69.901,988

FUENTES:

1. Cuaderno de Información Oportuna, Sector Salud 1.
2. Cuaderno de Información Oportuna, Sector Salud 2.
3. Necesidades Esenciales en México, 4, Salud. pp. 318, 320. (1977-1980).

a. PEMEX, FFCC, SDN, SMN.

Cuadro 2

Distribución de la Población por Grupos de Edad. 1974 y 2000

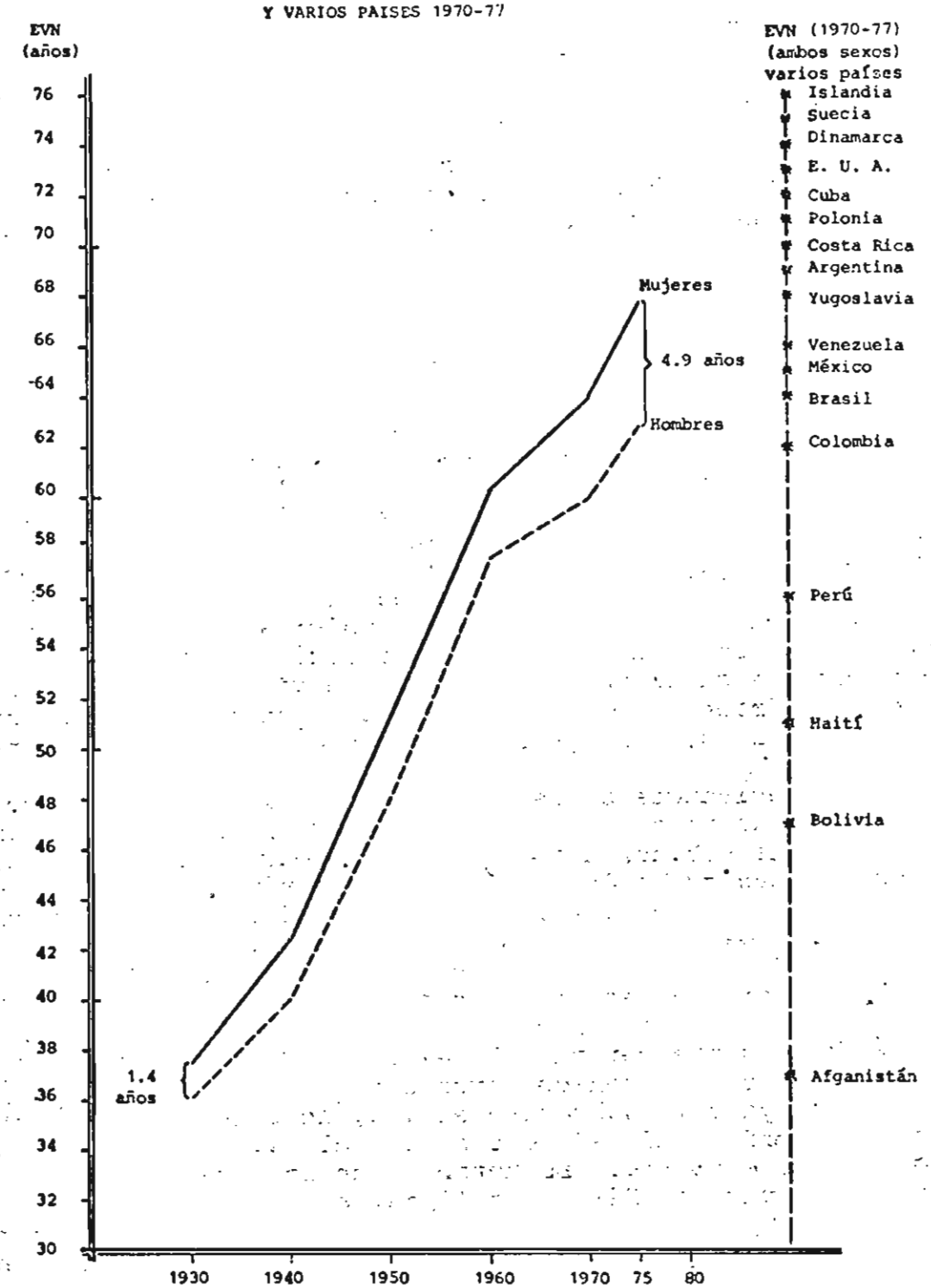
(población en miles)

	1974		2000	
	Absolutos	Porcentaje	Absolutos	Porcentaje
TOTAL	58 118	100.0	109 170	100.0
Menores de un año	2 011	3.5	2 787	2.6
1 a 4	7 832	13.5	10 260	9.4
5 a 14	17 015	29.3	23 064	21.1
Subtotal 0 - 14	26 858	46.3	36 111	33.1
15 - 24	10 951	18.8	22 007	20.2
25 - 34	7 058	12.1	18 810	17.2
35 - 44	5 357	9.2	13 463	12.3
45 - 54	3 409	5.9	8 566	7.8
55 - 64	2 326	4.0	5 335	4.9
Subtotal 15 - 64	29 100	50.0	68 181	62.4
65 - 74	1 435	2.5	3 150	2.9
75 y más	724	1.2	1 729	1.6
Subtotal 65 y más	2 159	3.7	4 879	4.5

Fuentes: 1974, SSA. Estadísticas Vitales, 1974, p. 400, México 1976.
2000, Proyección Programática de Población, CONAPO, 1980.

CUADRO 3

ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR SEXO. MEXICO 1930-1975
Y VARIOS PAISES 1970-77



FUENTES: Elaboración de Coplamar, en base a: Benítez R. y Cabrera G. "Tabla abreviada de la Población en México: 1930, 1940, 1950, 1960, 1967". El Colegio de México, "Tablas abreviadas de Mortalidad 1970". SSA "Tablas abreviadas de mortalidad por Estados y para ocho regiones de Mexico 1975". y Population Reference Bureau. 1980 World Population Data Sheet.

Cuadro 4

Tasa Bruta de Mortalidad 1/ por Períodos. México, 1985-1977

Período	Tasa
1895-1899	33.1
1900-1904	34.5
1905-1910	33.2
1921-1924	25.1
1925-1929	25.5
1930-1934	25.6
1935-1939	23.3
1940-1944	22.0
1945-1949	17.0
1950-1954	15.1
1955-1959	12.2
1960-1964	10.4
1965-1969	9.8
1970-1974	8.5
1975	7.2
1976	7.3
1977	7.0

1/ Tasa por 1 000 habitantes.

Fuente: Dirección General de Estadística. SIC. Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, varios años.
SPP-DGE, Estadísticas Vitales. Los Niveles de la Mortalidad en México, 1960-1974. Serie 1, No. 2, México 1978, p. 11. (c).

Para 1975, 1976 y 1977, SPP. "Cuaderno de Información Oportuna del Sector Salud 2". México, 1981.

C U A D R O 5

Mortalidad General, Inevitable y, Evitable 1/ y Tasas de Mortalidad, por grupos de Edad: 1974.

Grupos de Edad	Mortalidad General		Mortalidad Inevitable		Mortalidad Evitable		
	Muertes	Tasa 2/	Muertes	%resp. al total de muertes	Muertes	%respecto a muertes evitables	%respecto la total de muertes
Todas las edades	432 266	7.44	248 123	57.4	84 143	100.0	46.6
Menores de 1 año 3/	121 604	46.64	44 523	36.6	77 081	41.9	63.4
1 - 4	37 983	4.56	7 393	19.5	30 590	6.6	80.5
5 -14	17 733	1.08	5 605	31.6	12 128	6.6	68.4
15 -24	22 640	2.02	11 479	50.7	11 161	6.1	49.3
25 -34	23 779	3.21	9 911	41.7	13 868	7.5	58.3
35 -44	27 500	5.38	12 943	47.1	14 557	7.9	52.9
45 -54	29 491	8.77	19 529	66.2	9 962	5.4	33.8
55 -64	36 326	17.86	27 788	76.5	8 538	4.6	23.5
65 y más	115 210	57.32	108 952	94.6	6 258	3.4	5.4

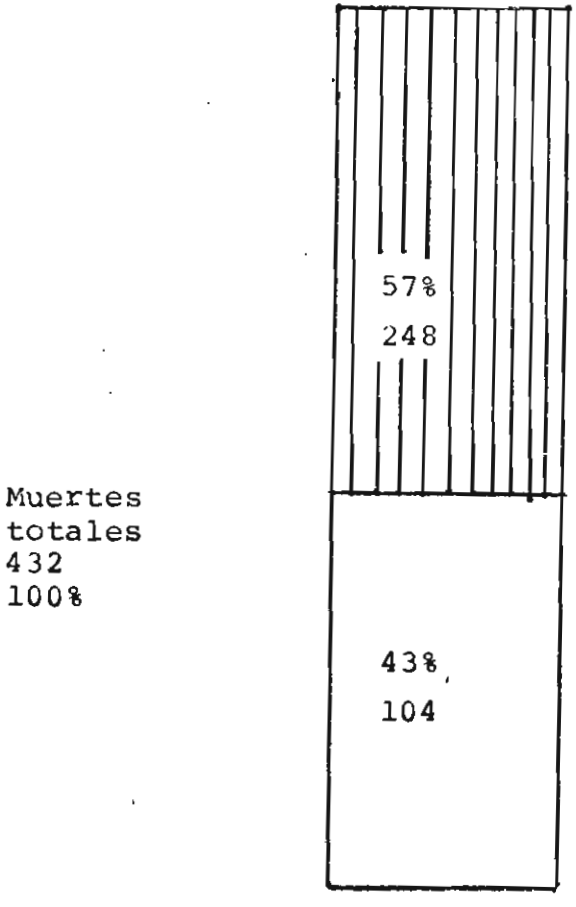
1/ Se estimaron las muertes inevitables adoptando como criterio la tasa que resulta del promedio de muertes estandarizadas de los 14 países
Las muertes inevitables se obtienen como diferencia entre el total de muertos y los inevitables.

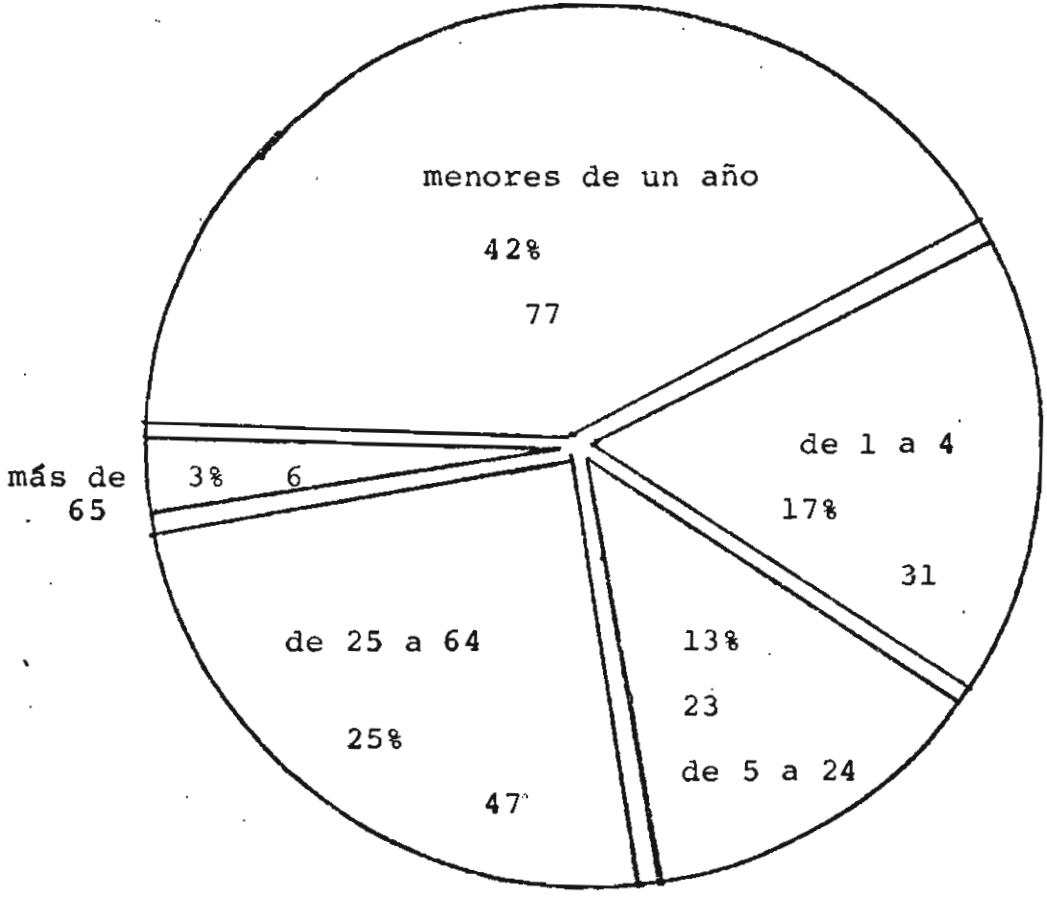
2/ Tasa por 1,000 habitantes.

3/ Tasa por 1,000 nacidos vivos registrados.

Fuente: Mortalidad general: World Health Statistical Annual, 1973-1976 y Elaboración COPLAMAR, Necesidades esenciales. Op Cit.

MUERTES EVITABLES
(Miles de muertes)
México 1974





MUERTES POR GRUPOS DE EDAD

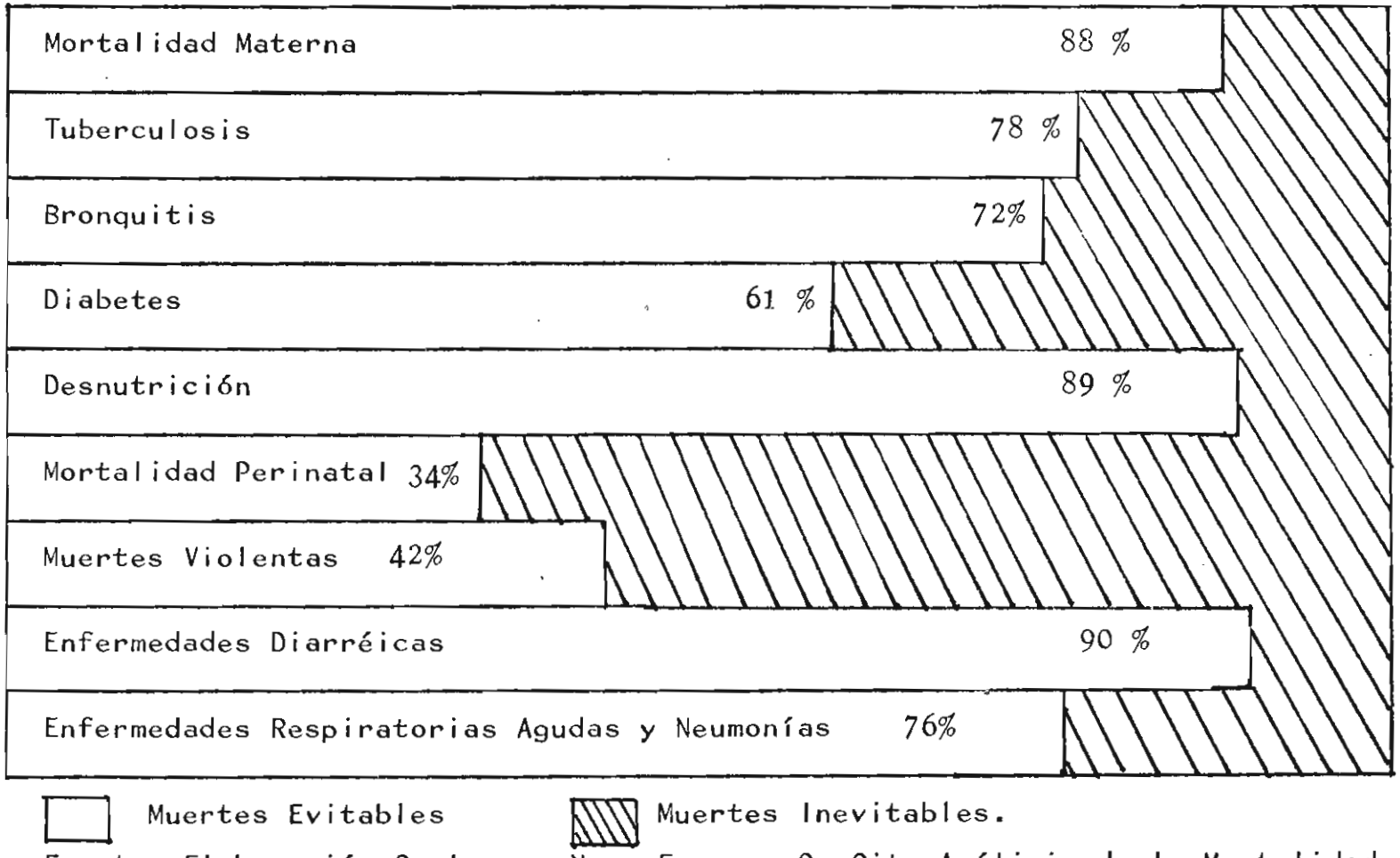
MUERTES INEVITABLES

MUERTES EVITABLES

FUENTE: COPLAMAR Nec. Esenc... Op. Cit., Cuadro No. 5

C U A D R O No. 6

Muertes Registradas y Evitables por Causas Principales
México, 1974.



Fuente: Elaboración Coplamar. Nec. Esenc...Op Cit. Análisis de la Mortalidad estandarizada en México. 1974. basado en información del World Health Statistics - Annual 1977 y 1978 .

C U A D R O 7

Tasas* de Mortalidad general, por causa para 1975[1] y 2000[2]

C A U S A	1975 No de ord.	TASA	2000 No de ord.	TASA
Influenza Neumonías y Enf. Resp.	1	.98	6	.21
Enteritis y otras Enf. diarréi-cas	2	.84	9	,05
Enf. del Corazón	3	.75	2	.91
A c c i d e n t e s	4	.45	4	.54
Morbi-Mortalidad Perinatal	5	.36	3	.56
Cancer (tumores malignos)	6	.36	1	.93
Enf. Cerebrovasculares	7	.21	5	.48
Cirrosis hepática	8	.20		
Anemias y Deficiencias Nutri-cionales	9	.19	10	.01
Violencias	10	.18		
Todas las Causas		7.24		4.98

* Por cada 1000 habitantes

1.- Inf. Oportuna Sect. Salud - 2
2.- Coplamar. Nec. Esenciales Op Cit.

C U A D R O 8

Muertes maternas evitables por grupos de edad 1974 .

Grupos de edad años	Muertes registradas	Muertes inevitables	Muertes evitables Número	Muertes evitables % respecto a muertes registradas
Total	2 883	333	2 550	88.5
5-54				
5-14	47	3	44	93.6
15-24	862	118	744	86.3
25-34	1 027	125	902	87.8
35-44	873	78	795	91.1
45-54	74	9	65	87.8
Tasa x 1000 n.v.r.	1.11	0.13	0.98	

Fuente: Coplamar. Nec. Esenciales... Op Cit. en base a información del World Health Statistics Annual, OMS, 1977, 1978 .

C U A D R O 9

Mortalidad Materna según entidades patológicas
México 1974.

Entidades Patológicas	Número	%
Hemorragias del Embarazo y del parto	640	22.20
Toxemias del Embarazo y del puerperio	448	15.24
Sepsis del Parto y del puerperio	221	7.67
A b o r t o s	168	5.83
Otras complicaciones del embarazo, Parto y Puerperio	1406	48.77
T o t a l	2883	100.00
Total Nacidos vivos registrados	2607 , 452	

Fuente: Coplamar Nec. Esenc... Op Cit. en base a: Estadísticas Vitales de los E U M . 1974, S S A, México 1976.

Cuadro 10

Evolución de la tasa de mortalidad infantil: 1896 - 1973, 1974, 1975, 1976 (por 1 000 nacidos vivos registrados.

Periodo	Tasa
1896-1898	324.2
1899-1901	288.6
1904-1906	290.6
1908-1910	301.8
1924-1926	219.2
1929-1931	145.6
1934-1936	128.9
1939-1941	123.8
1944-1946	110.7
1949-1951	100.5
1954-1956	78.3
1959-1961	72.9
1964-1966	62.7
1967-1969	64.7
1969-1971	66.1
1972-1973	56.6
1974	46.6
1975	49.5
1976	51.9

Fuente: DGE, SIC. Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, varios años.
DGE, SPP, varios años.
Para 1975 y 1976. SP.P. Cuaderno de Información Oportuna del Sector Salud. 2. México, 1981.

C U A D R O 11

Muertes infantiles evitables e inevitables por grupo de enfermedades 1974.

Orden de importancia	Grupos de enfermedades 1/	Mortalidad registrada	Muertes inevitables	Muertes evitables		
				Número	%respec. a la mortalidad tot. infantil	% respec. a cada grupo de enferm.
	Nacional	121 604	44 523	77 081	63.39	63.39
1	Infec. resp. agud y neumonías (460-466)	33 174	7 100	26 074	15.06	78.60
2	Enteritis y otras enf. diarréicas (001-009)	28 141	3 767	24 374	14.08	86.61
3	Causas de mortalidad perinatal (cap. XV) 2/	22 026	14 579	7 447	6.12	33.81
4	Bronquitis, enfisema y asma (490-493)	2 201	159	2 042	1.18	92.79
5	Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales (260-269) 3/	1 970	185	1 785	1.03	90.54
6	Muertes violentas (cap. XVII)	1 676	938	738	0.43	44.05
7	Anemias (280-285) 3/	623	58	565	0.33	90.70
8	Enf. cerebrovasculares(430-438)	290	100	190	0.11	65.60
9	Cáncer todas formas (cap. III)	191	119	72	0.04	37.60
10	Tuberculosis del ap. resp(011)	114	7	107	0.06	93.53
11	Enf. de las arterias,arteriolas y capilares (440-448)	56	18	38	0.02	67.07
12	Diabetes mellitus (250)	35	4	31	0.02	88.86
	Otras causas reducibles	31 107	17 489	13 618	11.20	43.78

1/ Entre paréntesis. Código de la 8a Revisión de la Clasificación Internacional de enfermedades.

2/ Dependerá en gran medida de la accesibilidad a la atención médica prenatal y perinatal. Este dato solo comprende las muertes ocurridas en el período neonatal.

3/ Se le incluye cuando es causa directa de muerte y no cuando condiciona el proceso patológico.

Fuente: Elaboración Coplamar Nec. Esen...Op Cit en base a: Análisis de la mortalidad estandarizada en México 1974. Basado en la información del World Health Statistics Annual, 1976.

Cuadro 12

Número de defunciones de un año por causas infecciosas y parasitarias 1940, 1950, 1960, 1970, 1975.

Causas	1940	1950	1960	1970	1975
Tétanos	nd	nd	1 723 (1.44%)	1 057 (0.72%)	750
Tifoidea	175	-	-	613	450
Tifo	26	-	-	-	-
Viruela 1/	267 (0.04%)	49 (0.04%)	-	-	-
Sarampión	1 930	1 344	1 094	2 373	92
Escarlatina	70	-	-	33	4
Tosferina 1/	2 832 (2.57%)	5 140 (4.55%)	1 684 (1.41%)	1 333 (0.91%)	721 (0.61%)
Difteria 1/	227 (0.21%)	137 (0.12%)	125 (0.10%)	32 (0.02%)	36 (0.03%)
Gripa e influenza	1 300	1 148	2 471	3 720	1 662
Tuberculosis	44	-	-	262	116
Bronquitis	7 083	5 148	6 595	7 886	5 621
Neumonías	22 696	25 931	33 302	37 645	26 376
Diarrea y Enteritis	29 891	25 016	28 398	35 520	28 376
Poliomielitis 1/	-	-	-	78 (0.05%)	65 (0.05%)
Otras causas infecciosas y parasitarias	-	2 834	3 372	3 942	4 642
Total enfermedades infecciosas parasita-	66 541 (60.47%)	66 747 (59.05%)	78 764 (66.01%)	94 494 (64.72%	69 418 (58.35%)
Total de defunciones de menores de 1 año	110 037 (100.00%)	113 032 (100.00%)	119 316 (100.00%)	146 008 (100.00%)	118 968
Tasa 2/	nd	13.9	7.4	6.8	4.9

Fuente: SSA. Estadísticas Vitales Varios Años.

1/ Las entidades patológicas subrayadas, prevenibles por vacunación masiva a edades tempranas (no se incluirá tuberculosis) constituyeron el 3.18% y 4.71% para 1940 y 1950 respectivamente del total de muertes. Para 1960, 1970 y 1975 (cuando ya se tiene información sobre tétanos) fue de 2.95; 1.70 y 1.32 respectivamente.

2/ Tasa por 1 000 n.v.r.

nd = no disponible

C U A D R O 13

Tasas[1] de la Mortalidad infantil, por causa para 1975[2] y 2000[3]

C A U S A	1975		2000	
	No de orden	TASA	No de orden	TASA
Influenza, Neumonías e inf. resp. agudas	1	13.1	2	228.3
Enterítis y otras enfermedades diarréicas	2	11.7	3	140
Mortalidad Perinatal	3	8.6	1	556.9
Anomalías congenitas	4	1.5		
Anemias y Deficiencias Nutricionales	5	1.2	6	2.24
Bronquitis, Efisema y Asma	6	1.2	5	6.08
Enfermedades del Corazón	7	1.1	7	,80
Accidentes y Muertes Violentas	8	.6	4	34.80
Meningitis	9	.4		
T e t a n o s	10	.3		
T o d a s l a s C a u s a s		49.		1707

1 1975; tasa por 1000 nacidos vivos Registrados
2000; tasa por 100,000 nacidos vivos registrados .

2 Información Oportuna del Sector Salud, 2, S P P. 1981

3 Coplamar, Nec. Esen... Op. Cit.

Cuadro 14

Muertes de Preescolares y Escolares Evitables e Inevitables, de la Población Objetivo y no Objetivo. México 1974.

	Preescolares	Escolares
Muertes registradas	37 983	17 733
Muertes inevitables	7 393	5 605
Muertes evitables:		
Número	30 590	12 128
% respecto al total	80.5	68.4

Fuente: Coplamar. Nec. Esen... Op Cit. en base al análisis de la mortalidad estandarizada en México. 1974 .

C U A D R O 15.1

Mortalidad de la población Preescolar[1/] inevitable y evitable por grupos de enfermedades, México 1974 .

Orden de Importancia	Grupo de Enfermedades	Mortalidad Registrada	Muertes Inevitables	Muertes evitables	
				Número	% respecto al total
	Todas las causas	37 983	7 393	30 590	8.5
1°	Enteritis y otras enf. diarréicas	10 423	435	9 988	95.8
2°	Enfermedades respiratorias aguda y neumonías	6 767	805	5 962	88.1
3°	Muertes violentas	3 196	2 008	1 188	37.2
4°	Avitaminosis y otras defunciones nutricionales	1 097	124	973	88.7
5°	Bronquitis, enfisema y asma	1 016	133	883	86.9
6°	Anemias	622	35	587	94.4
7°	Tuberculosis pulmonar	217	23	194	89.4
8°	Enf. Cerebrovasculares	127	47	80	63.0
9°	Enf. de las arterias, arteriolas y capilares	36	9	27	75.0
10°	D i a b e t e s	15	2	13	86.7
	Otras causas reductibles	14 131	3 183	10 695	75.7
	Causas que posiblemente aumentarán 2/	336	589		
	Cáncer todas formas	336	589		
	Tasa por 1000 habitantes	4.56	0.89	3.67	

1/ Población de 1 a 4 años
2/ No se calculó el porcentaje de aumento respecto al nivel actual registrado
Fuente Coplamar. Nec. Esen... Op. Cit. ibid cuadro 5

C U A D R O 15.2

Mortalidad en la población escolar[1/], inevitable y evitable por grupos de enfermedades, México 1974 .

Orden de Importancia	Grupo de Enfermedades	Mortalidad registrada	Muertes Inevitables	Muertes evitables	
				Número	% respecto al total
	Todas las causas	17 733	5 605	12 128	68.4
1°	Muertes violentas	4 623	2 710	1 913	41.4
2°	Enteritis y otras enf. diarréicas	2 290	207	2 083	91.0
3°	Enf. respiratorias agudas y neumonias	1 596	333	1 263	79.1
4°	Cáncer todas formas	960	340	20	2.1
5°	Anemias	496	47	449	90.5
6°	Avitaminosis y otras defunciones nutricionales	336	28	308	91.7
7°	Tuberculosis pulmonar	227	15	212	93.4
8°	Enfermedades cerebrovasculares	202	79	123	60.9
9°	Bronquitis, enfisema y asma	193	45	148	76.7
10°	Enf. hipertensiva	72	7	65	90.3
11°	Mortalidad materna	47	3	44	93.6
12°	Enf. de arterias y capilares	42	7	35	83.3
13°	Diabetes mellitus	28	13	15	53.6
	Otras causas reductibles	6 621	1 171	5 450	82.3
	Tasa por 1000 habitantes	1.08	0.34	0.74	

1/ Población de 5 a 14 años de edad

Fuente: Coplamar Nec. Esen... Op. Cit. ibid cuadro 5 .

Cuadro 16

Tendencia de la Mortalidad Estandarizada del Grupo 15-64 años.
1950, 1960, 1970, 1974 y 1976

Año	Total de defunciones 15 a 64 años	Porcentaje de las defunciones de 15-64 resp. al total de defunciones	Contribución porcentual de los subgrupos al total de grupo 15-64 años		
			15-24	25-44	45-64
1950	244 498	26.2	20.0	40.2	39.7
1960	176 350	27.2	17.5	38.8	43.7
1970	154 342	26.7	15.8	37.8	46.3
1974	139 736	32.3	16.2	36.7	47.1
1976	128 115	28.9	15.9	36.4	47.6

Fuente: Coplamar Nec. Esen... Op. Cit. en base a : Estadísticas vitales, EUM, 1950, - 1960. 1970, 1974 y cuadernos de información Oportuna del Sector Salud . 2 SPP.

Cuadro 17

Muertes del Grupo de 15 a 64 Años Evitables e Inevitables, de la Población Objetivo y No Objetivo. 1974.

	De 15 a 24 años	De 25 a 44 años	De 45 a 64 años	De 15 a 64 años
Muertes registradas	22 640	51 279	65 817	139 736
Muertes inevitables	11 479	22 854	47 317	81 650
Muertes evitables:				
Número	11 161	28 425	18 500	58 086
Porcentaje respecto al total	49.3	55.4	28.1	41.6

Fuente: Coplamar Nec. Esen... Op. Cit. en base a: Mortalidad General Health. Statistical Annual, 1973 - 1976 .

C U A D R O 18

Muertes del grupo de 15 a 64 años, evitables e inevitables, por grupos de enfermedades 1974.

Orden de importancia	Grupo de enfermedades	Mortalidad registrada	Muertes Inevitables	Muertes evitables	
				Número	% respecto al total
	Todas las causas	139 736	81 650	58 086	41.6
1°	Muertes violentas	35 026	19 488	15 538	44.4
2°	Enf. respiratorias agudas y neumonías	6 730	1 554	5 176	76.9
3°	Tuberculosis pulmonar	5 223	963	4 260	81.6
4°	Enfermedades cerebrovasculares	5 218	3 692	1 526	29.2
5°	Enteritis y otras enf. diarréicas	4 781	174	4 607	9.4
6°	Diabetes mellitus	3 897	1 442	2 455	63.0
7°	Causas de muerte materna	2 836	330	2 506	88.4
8°	A n e m i a s	2 057	157	1 900	92.4
9°	Bronquitis, enfisema y asma	1 370	859	511	37.3
10°	Enf. de arterias, arteriolas y capilares	912	881	31	3.4
11°	Avitaminosis y otras def. nutricionales	886	108	778	87.8
12°	Hipertensión arterial	839	455	384	45.8
	Otras causas reductibles 1/	54 634	22 288	18 418	33.7
	Causas que posiblemente aumentarán 1/	15 327	29 259		
	Cáncer todas formas	10 885	18 711		
	Cardiopatía Isquémica	4 442	10 548		

1/ No se calculó el porcentaje de aumento respecto al nivel actual registrado

Fuente: Coplamar. Nec. Esen... Op. Cit. ibid cuadro 5 .

Cuadro 19

Jerarquía de las 14 Principales Distintas Causas de Muerte en las Edades Productivas por Subgrupos de Edad. 1975.

Grupos de edad / Entidad patológica	15 a 24 años Jerarquía	25 a 44 años Jerarquía	45 a 64 años Jerarquía
Muertes violentas	1o.	1o.	3o.
Enf. del corazón	2o.	2o.	1o.
Influenza y neumonía	3o.	6o.	6o.
Tuberculosis	4o.	5o.	9o.
Enteritis y otras enf. diarréicas	5o.	7o.	10o.
Tumores malignos	6o.	4o.	2o.
Otras enf. digestivas	7o.	8o.	8o.
Anemias	8o.	10o.	12o.
Enf. cerebrovasculares	9o.	9o.	7o.
Otras enfermedades bacterianas	10o.	12o.	14o.
Avitaminosis y def.nutr.	11o.	13o.	13o.
Cirrosis hepática	12o.	3o.	4o.
Bronquitis, enfisema, asma	13o.	14o.	11o.
Diabetes	14o.	11o.	5o.

Fuente: Coplamar Nec. Esenc... Op. Cit. en base a: EstadísticasVitales, SSA. 1975 .

Cuadro 20

Accidentes y daños de trabajo registrados por el IMSS. Regimen permanente y eventual, según tipo de accidente 1970 - 1976

Tipo de accidente	1970		1976	
	Casos	%	Casos	%
Total	260,028	100.00	439,927	100.00
Golpeado por y contra objetos.	107,132	41.2	213,553	48.6
Escoriado o con abrasión	24,443	9.4	48,779	11.1
Atrapado por, bajo o entre.	22,622	8.7	43,823	10.0
Caída el mismo o inferior nivel.	20,802	8.0	70,041	15.9
Sobreesfuerzo	10,401	4.0	18,760	4.3
Contacto con temperaturas extremas.	7,048	2.7	14,463	3.3
Reacción corporal	26,791	10.3	9,136	2.1
Contacto con radiaciones y substancias cáusticas, tóxicas o nocivas.	3,695	1.4	7,576	1.7
Accidentes con y sin - colisión.	34,058	13.1	11,584	2.6
Contacto con corriente eléctrica.	698	0.3	1,424	0.3
Tipo del accidente, S.C.E.	2,338	0.9	788	0.2

Fuente: IMSS, Jefatura de Medicina del Trabajo. Departamento de Prevención de Riesgos de Trabajo, en

Cuadro 21

Accidente y daños de trabajo registrados por el IMSS, regimen permanente y eventual, según región anatómica: 1970 - 1976

Región Anatómica Afectada	1970		1976	
	Casos	%	Casos	%
Total	260,028	100.00	439,927	100.00
Mano	119,613	46.0	203,246	46.2
Pie	40,564	15.6	69,508	15.8
Miembro superior	9,621	3.7	44,433	10.1
Miembro inferior	18,202	7.0	41,793	9.5
Ojos	19,502	7.5	34,314	7.8
Cabeza y cara	10,401	4.0	18,477	4.2
Dorso	13,261	5.1	--	--
Cuerpo en general	28,864	11.1	13,198	3.0
Cuello y tórax	--	--	7,479	1.7
Tronco	--	--	3,079	0.7
Varios	--	--	4,400	1.0

Fuente: IMSS, Jefatura de Medicina de Trabajo, Departamento de Prevención de Riesgos de Trabajo, en

Cuadro 22

Principales características de los inválidos según origen y grado de invalidez 1975

Característica	Número	%
Origen de la invalidez		
Total	5,054	100.00
De nacimiento	2,484	42.9
Accidente	833	16.5
Enfermedad	1,737	34.3
Grado de invalidez		
Total	5,054	100.00
Leve	1,216	24.0
Mediano	2,180	43.2
Severo	1,658	32.8

Fuente: SSA. Dirección General de Rehabilitación. Registro Nacional de Inválidos. Reporte de las primeras cinco mil causas notificadas, México 1976, pp. 11, 13, 15, 17, 20 y 24.
SPP. Manual de Información Básica III. Sector Salud y Seguridad Social.

Cuadro 23
Principales Causas de Invalidez. 1975

Causas de Invalidez	Número	%
Total de inválidos	5 054	100.0
Efectos tardíos de poliomielitis	674	13.3
Hipoacusia bilateral*	611	12.1
Deficiencia mental	321	6.4
Amputación de extremidad inferior*	309	6.1
Sordera total bilateral*	287	5.7
Ceguera total bilateral*	249	4.9
Hemiplejía*	218	4.3
Parálisis cerebral infantil tipo espástica	211	4.2
Parálisis cerebral infantil sin especificar	206	4.1
Síndrome de Down	145	2.9
Paraplejía medular*	107	2.1
Amputación de extremidad superior*	106	2.1
Parálisis cerebral infantil tipo atetósica	97	1.9
Retraso del desarrollo psicomotor	96	1.9
Secuelas de fracturas*	88	1.8
Debilidad visual*	87	1.7
Daño cerebral	84	1.7
Efectos tardíos de meningitis	64	1.4
Epilepsia	57	1.1
Esquizofrenia	53	1.1
Afasia y manifestaciones afines	53	1.1
Pie bott	48	1.0
Parálisis facial*	42	0.8
Artritis reumatoide	41	0.8
Anquilosis articular de extremidad inferior*	38	0.8
Otras causas	762	15.1

* Probablemente asociados con violencias o enfermedades y accidentes laborales en algunos casos.

Fuente: SSA. Dirección General de Rehabilitación, Registro Nacional de Inválidos. Reporte de los primeros cinco mil casos notificados, México, 1976, pp. 11, 13, 15, 17, 20 y 24.
SPP, Manual de Información Básica III. Sector Salud y Seguridad Social

3.- La Educación

El proceso educativo (tanto escolar como no escolar) es un proceso social concreto, con múltiples relaciones al interior de la formación económico-social donde se ubique. Es un hecho que como tal, se expresa unitariamente, pero que es simultáneamente causa y efecto. Recibe de la estructura económica y de las relaciones de producción que definen a ésta, las determinantes objetivas que la condicionan y a su vez, contribuye a condicionar a cada una de las estructuras y procesos con los cuales se relaciona y el cambio que ocurre en el desarrollo de las mismas.

Así, la función social que el proceso educativo tiene delante de sí, se puede formular sintéticamente como: "La reproducción de las relaciones de Producción... que implica la conservación y reproducción de un sistema social".(63)

Esta formulación aún muy general, se puede descender más y hacer más explícita por la enunciación de tres objetivos (64) que inexorablemente, tiende a cumplir:

a) Dar respuesta a los requerimientos específicos del aparato productivo, formando los recursos humanos y produciendo los requerimientos científicos y tecnológicos.

b) Tiende a asegurar la reproducción y vigencia de las formas de organización social, a través de procesos de socialización individual y grupal, acordes con las exigencias económicas, jurídicas y políticas del sistema.

c) Conservar, reproducir, y difundir la ideología de la clase dominante, tanto en su forma teórica como en la conducta social.

Tales objetivos permiten visualizar la articulación (65) que se establece entre el proceso educativo y la sociedad.* El plano más inmediato de relación funcional se establece con el Estado, en este sentido Gramsci lo define como:

> "...Todo complejo de actividades prácticas y teóricas con las cuales la clase dominante no sólo justifica y mantiene su dominio, sino también logra obtener el concenso activo de los gobernados". (66)

por lo que la importancia de relacionar a los procesos educativos organizados y en desarrollo como procesos superestructurales y particularmente por la función ideológica, ocupan un lugar importante en el Estado, dado que es esta la instancia que mantiene la cohesión de una formación social al asumir la dominación de clase.

La unidad que representa el Estado como síntesis de la Sociedad Política (medio de coerción) y la Sociedad Civil (medio de consenso) permite ejercer la hegemonía de la clase dominante por dos formas:

> "Como dominio y como dirección intelectual y moral un grupo social es dominante de los grupos (o clases) adversarios, que tienden a liquidar o a someter aún por la fuerza armada y es dirigente de los grupos afines o aliados". (67)

---

* En este sentido se hace referencia a la existencia concreta que se da en la Sociedad. "La educación sólo puede ser comprendida al interior de su dimensión temporal. Se puede hablar con un tiempo educativo fundado en la combinación o tipo de articulación existente entre los elementos que constituyen el sistema educativo, el cúal solo puede ser entendido en virtud de su vinculación estructural con los tiempos, económico, político y cultural".

Y explicitando este ejercicio hegemónico dice:

> "La hegemonía de la clase dominante no sólo procede de la refuncionalización que impone el aparato estatal, deriva también de su control sobre el funcionamiento de la sociedad civil. La hegemonía se constituye en virtud del comportameinto gubernamental, del parlamento y del sistema jurídico y también del espacio formado por centros educativos y culturales, medios de comunicación, sindicatos, partidos, etc. (68)

Entonces la sociedad civil es el espacio de movimiento del Sistema educativo entendido éste como:

> "El conjunto de acciones llevadas a cabo, por el grupo dotado de poder, vinculados a la socialización de los miembros de la sociedad, tendientes a lograr un incremento del área de consenso y, en consecuencia, a consolidar su posición de dominio". (69)

La influencia hegemónica tiene como explicación última, la correspondencia que se establece con la estructura económica de la sociedad, se refiere a la forma dominante de producción que prevalece. Esta determinante en última instancia, implica reconocer la autonomía relativa del funcionamiento superestructural en general y del sistema educativo en particular, significa identificar características dinámicas específicas y condicionamientos particulares; es decir, asume en parte, movimiento y desarrollo autónomo.

La especificidad histórica de lo educativo, es posible conocerla no sólo en lo general en cuanto a las relaciones entre la base económica y la superestructura, sino que igualmente es dable hacerlo en lo particular, respecto de

los elementos que conforman el hecho y/o sistema educativo concreto y su relación con los demás elementos superestructurales en particular respecto del Estado. Si bien en última instancia existe correspondencia como se ha señalado, también es evidente que se presentan contradicciones y éstas se explican por los conflictos y pugnas de clase.

En las orientaciones de las acciones del Estado se expresa su naturaleza específica. Ello significa que el mismo Estado es parte de esta división de clase, su funcionamiento estará determinado por las necesidades de mantenimiento y reproducción de la sociedad que la clase en el poder presente, explícita o implícitamente en un proyecto histórico. Pero también es posible determinar contradicciones entre los intereses de la clase dominante o del grupo gobernante, con un límite que se establece por el grado de afectación a los principios de funcionamiento de un determinado modo de producción.

Esta situación posible, complementa el espectro por el cual se explica la autonomía funcional de la suprestructura y del sistema educativo. Esta especificidad, funcionalmente corresponde a un grado de autonomía, que es patente por parte del sistema educativo, tanto cuando se presentan contradicciones en el interior de la matriz de valores transmitidos por la educación formal (escolarizada) como informal (no escolarizada), no encuentran su referente en la práctica social, presentándose como contradictorios en el acontecer de la realidad social.

Esta última consideración refuerza la valorización del movimiento social de las clases sociales porque, el interior del sistema educativo y en particular de la universidad permean y se expresan también, lo cual estará definido

por el marco de la correlación de fuerzas políticas entre las distintas clases sociales, que cuando llega a altos grados de polarización; la escuela, (en su más amplia acepción) como los medios de comunicación, sufren directamente la represión social violenta.

Uno de los objetivos que se mencionaron inicialmente se cumple, en la transmisión y asimilación de los elementos básicos de la ideología** dominante, así como la transimisión y reproducción de los elementos esenciales de los valores culturales de la clase dominante. Es decir la presentación implícita o explícita en la Escuela, de los elementos "espirituales" de la conciencia social, hegemonizados por una clase: se transmiten, introyectan, asimilan y traducen en la cotidianeidad individual y colectiva.

La socialización de los valores en beneficio de la clase dominante justifica el orden establecido, que ocultando las contradicciones presentes en la realidad social, da una visión coherente y lógica (dentro de sí) del mundo. La ideología así evidenciada, cumple la función de integrar y/o conhesionar el todo social disfranzando las contradicciones de clase dándole racionalidad y legitimidad a las mismas (contradicciones).

Para el caso particular que interesa, (Educación superior) es fundamental resaltar algunas consideraciones aquí señaladas respecto de la reproducción de los valores ideológicos dominantes. En un grupo muy amplio de trabajos elaborados *** en este sentido, se facilita identificar la separación que se hace de lo técnico-instrumental, de lo ideológico-

---

** Gilberto Gimenez (70) define a la ideología como "El campo de representaciones, significados, valores, conceptos, ideas y creencias, objetiva o subjetivamente, explícita o implícitamente, en cualquiera de sus instancias y en cualquier escala de observación" la cual permite asimilarla al uso sociológico.

*** El caso más significativo y depurado es el de Hilda Taba(71) aún cuando hay muchos más, los de mayor representatividad se inscriben en la Escuela de la Tecnología educativa. (72)

científico, anteponiendo uno a otro el peso en la transmisión de ideología. Esta situación no es más que la comprobación de como opera la ideología dominante en nuestros países. Si bien es cierto que mientras las matemáticas, estadísticas, anatomía, famacología, física, etc. brindan un mayor bagaje instrumental, y literatura, filosofía, historia, civismo, etc. ofrecen una perspectiva valorativa; también es correcto identificar en los conocimientos instrumentales elementos valorativos que subyacen muchas veces muy sutilmente.

Ahora bien, la presentación de los elementos teóricos, metodológicos e instrumentales, aparecen coherentemente organizados en las curricula. De tal forma que además de expresarse en el proceso técnico dentro del proceso de producción, como un técnico (profesional), le modela su presencia y participación en las distintas áreas y manifestaciones de la vida social, así la configuración de un sistema social, viaviliza un proyecto histórico de clase.

Sintetizando entonces, en el sistema educativo y en el nivel universitario, la ideología impregna lo científico-instrumental.

En el curriculum se integra el contenido de lo que se transmite, prevaleciendo en un caso lo ideológico y en otro lo instrumental, pero presente en ambos. Lo ideológico e instrumental conforma una unidad, que priorizará uno u otro, según el tipo de calificación necesario en el lugar de inserción de la fuerza de trabajo en el proceso productivo y que involucra al proceso de reproducción social.

La necesidad que tiene la sociedad de reproducirse, lleva a generar y consolidar las condiciones y los factores

en los cuáles fundamenta su existencia. Así la fuerza de trabajo como elemento básico del proceso productivo está sujeto a la necesidad también inevitable de ser producida y reproducida. (73)

La incorporación de elementos "culturales" como son conocimientos, adiestramientos y habilidades, en una palabra calificación de la fuerza de trabajo es un principio tanto más importante, cuanto mayor es el grado de desarrollo de las fuerzas productivas en una sociedad.

La calificación de la fuerza de trabajo es, adicionar al conjunto de capacidades físicas, de energía vital del ser humano (valor de uso) las características sociales y técnicas que la hacen más apta, y capaz de desarrollar cierta actividad (valor de cambio).

El carácter específico, que asume la reproducción de la calificación de la fuerza de trabajo en el capitalismo por medio de la Educación escolar, es la piedra de toque que explica el desarrollo vertical y horizontal del proceso educativo. Así, ante la necesidad de cierto tipo de servicios (los médicos por ejemplo) o técnica productiva, se obliga al desarrollo de un proceso de capacitación técnico-científico que sucede en el sistema escolar.

> "A diferencia de lo que ocurría en formaciones sociales esclavistas y feudales, esta reproducción de la calificación de la fuerza de trabajo tiende a ser asegurada no sobre la práctica (aprendizaje en la producción misma, como era allí) sino que en el capitalismo, es cada vez más fuera de la producción, por medio del sistema escolar y de otras instancias e instituciones". (74)

Entonces, el proceso de formación de recursos humanos a nivel universitario con una multiplicidad de regiones profesionales, corresponde a la función económica de la educación, de capacitar la fuerza de trabajo que para incorporarle a la división técnica del trabajo, requiere un modo de producción dominante.

4.- La UAM y la Educación Superior, una Ruptura Alternativa

El desarrollo cuali-cuantitativo, de la educación superior encuentra su correlato último en los cambios estructurales sucedidos en la base económica de una formación social.

La necesidad de hacer funcionalmente adecuado el subsistema universitario se plasma por ejemplo en un documento de ANUIES (75)

> "Vincular más estrechamente las instituciones con el aparato productivo para que aquellas den una mejor respuesta a las necesidades del desarrollo nacional... a partir del análisis del proceso económico acercarse al ajuste cualitativo entre educación y empleo, mediante la elaboración de perfiles de conocimiento y habilidades para los diversos tipos de actividades profesionales requeridos actualmente y lograr su correspondencia cuantitativa, formulando cuadros indicativos regionales y sectoriales de demanda profesional".

Es evidente que la abstracción del término "necesidades del desarrollo" permite un manejo retórico en el discurso y ambivalencias en su interpretación. Sin embargo, debe tenerse presente que por la naturaleza de la existencia heterogénea de grupos sociales, y de sus necesidades materiales y por lo tanto la tendencia y características de un tipo o modelo de desarrollo, que obedece precisamente a esas necesidades; la manifestación concreta de las necesidades, es muy dispar. Entonces hablar de necesidades como sujeto, pierde su sentido, sino se les caracteriza con su predicado; que en este caso se refiere al grupo o grupos sociales que las detentan.

El significado de la caracterización de las necesidades en torno a los grupos sociales implica, asumir una posición, y significa un grado de compromiso que lleva por lo tanto a definir una estratégia educacional, que aún cuando no explícitamente, de cualquier forma involucra una posición universitaria.

La UAM desde su creación incorpora elementos definitorios en este sentido. Se crêa como respuesta política del Estado, ante la creciente demanda de educación superior en el área metropolitana y con una propuesta paralela de generar profesionales capaces de abordar científica y técnicamente los problemas nacionales. Si bien hasta aquí aún no se separa de la formulación general que hace también el documento de ANUIES, si existen una importante producción de trabajos dentro de la UAM y especialmente en Xochimilco, donde se llega a un nivel de particularidad mayor.

Esta definición, que no por discrepante del discurso dominante es totalmente antagónica, si conlleva una clara valoración de la realidad social y hace explícito un compromiso con "las necesidades de las clases mayoritarias" (76) Esto tiene reelevancia señalarlo porque representa una ruptura con las formulaciones de compromiso con la "nación" que muchas instituciones de educación superior hacen. También se debe señalar, que la posibilidad de hacer efectiva, y vehiculizar en la práctica social, esa declaración de compromiso, es un hecho que estará modelado, impulsado o detenido por las condiciones objetivas que el movimiento de la lucha de clases tenga en un momento histórico.

Ahora bien, la expresión de este hecho se traduce en la búsqueda de nuevos espacios de práctica, para conformar una perspectiva no convencional de la práctica dominante. En

medicina se identifican al interior de las Prácticas sociales de las profesiones (Práctica Médica) distintas tipologías:(77)

a) Prácticas decadentes (Medicina liberal)
b) Prácticas estables o dominantes (Medicina hospitalaria)
c) Prácticas emergentes (Medicina comunitaria)

las cuales significan una posición de deslinde, al enfocar la atención más que en el mercado de trabajo, en las necesidades reales del país, que propone tomar como guía del desarrollo curricular las prácticas sociales. Por ahora el señalamiento sirve para enmarcar con mayor precisión como se conceptualiza y desciende metodológicamente el compromiso universitario que le da un carácter alternativo.

4.1. Tres elementos de un Proyecto Universitario

En este momento, se hace necesario llegar a una identificación más específica de algunos elementos que permiten definir y caracterizar con mayor rigor la valoración alternativa de un modelo educativo. - Para tal efecto se presentan 3 aspectos o elementos contenidos en las referencias conceptuales y en las experiencias prácticas realizadas hasta hoy.

4.1.

a) Elemento Social

Es una posición desde la perspectiva universitaria, que en el contexto de las relaciones sociales que definen su existencia material como institución, establece el qué y

cómo se articulará con los ámbitos de la Formación económico-social que le permitan desarrollar su función social. Aquí es donde se presenta la autonomía funcional de la Universidad ya que, la función universitaria además de ser determinada por las exigencias del sistema de relaciones dominantes, ésta (la Universidad) determina sus propias y particulares formas de articulación. Situación que pasa a ubicar tal definición en el ámbito de las relaciones de Poder y particularmente respecto del Estado, que no eliminan en sí el principio de contradicción a su interior.

Es un aspecto que valora el papel social de la Universidad, en un ámbito de lucha para reproducir, o transformar las relaciones predominantes en la sociedad. Para la Educación Médica, ésto se expresa en dos dimensiones: el de las instituciones de Salud y el de las instituciones educativas. En lo referente a ésta última, para no ser repetitivo en lo que se ha señalado ya, con anterioridad, solamente se mencionará que la creación de la carrera de medicina en Xochimilco, ha estado siempre inmersa en el contexto de este proyecto universitario, pero en cuanto a lo específico que tiene la educación médica, se han formulado distintas y en ocasiones excluyentes interpretaciones.**

Algunas muy directas caracterizan lo alternativo de medicina en la implementación de prácticas que temporalmente han sido emergentes pero que el propio desarrollo de los servicios de salud las ha absorbido e incluso eliminado, otras más tienden a señalar elementos inexistentes en los hechos y solo formulados a nivel programático en el mejor de los

---

** Por lo menos se pueden mencionar: el documento "Bases para el Diseño Curricular de Medicina". Villarreal, R. et al CBS. 1979. "El Diseño Curricular". Guevara, G.(Compilador) CBS. 1976. "Plan de Estudios de la Carrera de Medicina". CBS S/F.(Plan de estudios vigente hasta hoy)

casos, o solo como parte del discurso dominante del funcionario en turno. Para nosotros sustentar en alguna base de mayor firmeza la modalidad de práctica social que debe desarrollar el egresado para inscribirse en la Práctica Médica, tiene como substrato analítico la tendencia histórica de la P.M. en nuestro país.

Se presentó ya en el marco teórico, una caracterización de la P.M. y fue señalada la importancia en tanto la magnitud de cobertura que la medicina institucional representa. En función de ello y ante el progresivo incremento de la presencia de las instituciones de salud en la sociedad, y teniendo como telón de fondo los cambios funcionales, organizativos y operacionales que el sexenio actual ha delineado para la creación del Sistema Nacional de Salud (78); se puede asegurar la consolidación mayor de ésta forma de P.M.

Aún más, como argumento para ese hecho, podemos afirmar que la crisis fiscal del Estado (79), coloca en una ineludible situación al mismo. Porque si por un lado, la disminución de ingresos y el recorte presupuestal, limitan severamente la posibilidad del crecimiento progresivo de los Servicios de Salud, también por efectos de la crísis económica, debe mantener la política social a un nivel tal, que sin eliminar sus acciones, pueda permitir, el ahorro del gasto y simultáneamente seguir fungiendo como amortiguador del descontento social, ahora muy labil por la crísis.(80) Entonces la alternativa que surge a la vista es el Sistema Nacional de Salud, que al coordinar acciones, reduce duplicidades, (81) abarata costos e incrementa efectos, de significación política para el refuerzo del Estado.

Pero en el momento actual, aún es prematuro (por las limitaciones en la información) predecir cual será el modelo que seguirá el SNS sin embargo, no es un obstáculo para

afirmar que el efecto que puede tener el SNS, sería totalmente consecuente con la necesidad racionalizadora del gasto público y con el perfil eficientista y pragmático que asume el Estado. Por lo tanto es perfectamente posible suponer, que en los próximos lustros lejos de perder terreno la medicina institucional, va a afianzar más y con mayor eficiencia su presencia en la Práctica Médica del País. Hegemonizando con sus características a las otras formas que estén en capacidad de substituir.

Este hecho, no ubica en términos estrictos el planteamiento de práctica emergente que formula el Documento "Diseño Curricular" (82) entre otras razones porque el panorama existente en aquel entonces (1976) y el actual es con mucho cualitativamente distinto, debido a la dinámica que han seguido las instituciones, pero si podemos asegurar que al constituirse el SNS, al márgen del modelo que adopte; abre una brecha creativa de inserción para el médico de la UAM-X. en tanto por la misma lógica racionalizadora, se torna necesario ensanchar la base y mantener o disminuir significativamente el crecimiento de la pirámide asistencial del primer, segundo y tercer nivel de atención.

Lo anterior nos ubica en la perspectiva de la medicina generalista, no solo en cuanto al médico por su grado académico, sino fuandamentalmente por su ámbito de inserción y por su función asistencial.

4.1.

b) Elemento Científico

Es con mucho el aspecto más resaltado y privilegiado en muchos casos del quehacer universitario, se refiere a la

esfera de la formación científico-técnica del profesional; que en sí misma no justifica este elemento. Así por ejemplo en la Reforma Universitaria de Córdoba (83) además del cuestionamiento a la estructura universitaria, se puso en juicio al conocimiento como esencia de la Universidad.

Tiene por lo tanto otras implicaciones. Responde a las necesidades técnicas y científicas de la producción, tanto como a los cambios y requerimientos de la división social y técnica del trabajo que las mismas generan, pero que llegado un momento se autonomizan. Estas últimas se relacionan también con el avance de la ciencia y la tecnología - que constituyen el saber propio de un área (84) que define la formación académica de un profesional. Un grave error consiste en aislar y tomar cuantitativamente el acumulo de conocimientos producidos históricamente, como el máximo de información a transmitir y convertirlo en el motivo básico del quehacer docente. (85)

La ciencia como tal encierra dos finalidades, una externa y otra interna, la primera se refiere a su determinación social y significa contribuir al:

- Desarrollo de las fuerzas productivas (particularmente en la fase de auge industrializador del Capitalismo).

- Mantenimiento de las relaciones de producción, o en su transformación y destrucción.

La segunda (finalidad interna) se refiere al conocimiento progresivo en complejidad y minuciocidad de un objeto. Esta finalidad es inherente a la ciencia y lleva a constituir áreas de conocimiento muy específicas. (86)

Esto remite a la naturaleza de la ciencia y cómo se expresa, ya que si bien por un lado, tiene autonomía propia; por otro está subordinada a la dinámica particular de un contexto económico-político. Lo que sí es inegable que la ciencia en general y que las ciencias humanas y naturales en particular han contribuído (y lo hacen actualmente) a generar condiciones para la existencia y organización del hombre en cuanto género.

Lo anterior no invalida de ninguna forma los usos que de ella se hacen para llevar a cabo prácticas lesivas al hombre ni tampoco el uso instrumental de principios científicos para legitimar posiciones ideológicas y políticas en el contexto de la lucha de clases (87). Aún así el carácter más significativo de la ciencia se expresa en cuanto logra persuadir de sus postulados y de su vigencia en la práctica Social.

Así entonces, el saber acumulado en un área determinada como la medicina, tiene como fuerza motriz éstas condicionantes. Que al estar contenidas en un cuerpo articulado de conocimientos no implica por ese solo hecho, que es el total que se debe aprender.

Pero si éste es el caso, entonces: ¿Cuál es el límite que puede regir? y por lo tanto ¿En base a qué se establece ese límite? Una respuesta que implícita o explícitamente se ha dado con mucha frecuencia en medicina, sostiene en la práctica, que se debe agotar al máximo y con la mayor profundidad posible el conocimiento existente para un área del saber, ésto sin entrar a las implicaciones filosóficas y metodológicas que tal situación plantea. En algunas propuestas curriculares ésto ha quedado plasmado y han sido calificados de enciclopedistas. (88)

Aquí entonces está presente otro componente alternativo, de la UAM-X y que será plasmado en el perfil del Médico. La respuesta afirmativa a la primera pregunta, acepta el establecimiento de un límite en el conocimiento necesario y se define ese límite en función del análisis del marco que establece la práctica social de la medicina. Por lo que la adquisición arbitraria de Procedimientos, técnicas y conocimientos contenidos en el saber científico se descarta y se toma como criterio de selección y prioridad las necesidades y requerimientos de la profesión médica, en su ejercicio práctico y en el contexto de la medicina institucional.

Otro elemento superado, por lo menos en el planteamiento, es el ejercicio académico en la integración del conocimiento en cuanto a evitar la parcialización de áreas y sub-áreas científicas y en cuanto asumir la integración teoría-práctica, como la esencia del ejercicio docente en un modelo innovador como el de Xochimilco. (89)

El otro elemento que involucra al proyecto académico o científico, se refiere al carácter ideologizante que tienen los conocimientos incluídos en el saber de una profesión, ya señalamos con anterioridad como se han separado los conocimientos técnicos de los sociales, los primeros instrumentales y los segundos ideológicos. Llevar este postulado a un rigorismo falso, negaría el carácter vehiculizador de los conocimientos en la consolidación de la conciencia social.

Por principio no se niega el carácter ideológico, sino que en un deslinde explícito se exterioriza la limitación que puede llegar a tener y se enmarca en su dominio, sin hacer extrapolaciones falsas y deformantes.

Esto se ve claramente, en la enunciación del saber que se requiere para obtener una capacitación científico-técnica en las escuelas de Medicina tradicionales, donde el curriculum es solo un listado de asignaturas sin un deslinde explícito como hemos señalado, donde se da por sabido que lo único que se enseña es "ciencia". Reconocer entonces que en la incorporación de disciplinas, consideradas hasta ahora no específicas del área profesional del médico, va además de una formación ideológica explícita una totalmente nueva interpretación del quehacer con elementos técnicos y conceptuales que ya no pueden omitirse o soslayarse, tanto por la complejidad del objeto de trabajo del médico (La Salud-Enfermedad) como por las demandas que la Práctica Social exige hoy día.***

Resumiendo: Lo que caracteriza al elemento científico, dentro de la propuesta y lo hace alternativa, es romper con la formación enciclopedista, absolutizante, vinculando el marco de definición a situaciones reales surgidas en la práctica. Romper la formación eficientista, dando un referente científico e ideológico explícito, que dé mayor capacidad de análisis y por lo tanto de vinculación y transformación del nivel de la realidad con que interactúe en la práctica. Evitar la parcialización del pensamiento, al integrar teoría y práctica y asociar permanentemente el conocimiento adquirido o que adquiere con la práctica social, en el contexto de la P.M.

*** Al respecto se ha realizado una investigación por la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM), que a pesar de no estar concluído aún, ya permite observar cómo, de manera creciente, este fenómeno se presenta en la educación médica del País. También se puede profundizar en Garcia J.C. Op. Cit. y Garcia C. y Perera S. Op. Cit.

4.1.

c) Elemento Metodológico

En múltiples proyectos universitarios, el cómo organizar, insttrumentalizar y operar la enseñanza-aprendizaje es el elemento que se privilegía; ésto, tanto porque es un aspecto que fácil y permanentemente se tiene presente por la universidad, como porque las tendencias modernizantes de los últimos tiempos, han llevado en no pocas ocasiones, a tratar de reproducir lo más exactamente posible modelos surgidos u operados en otros países. Esta situación expresa, no solamente una decisión de continuidad y por lo tanto acrítica; sino además, porque acepta en rigor y sin reflexión previa, las prácticas sociales vigentes. (90) Al márgen de las modificaciones optimisadoras que se intenten, no toca la esencia de su existencia como prácticas sociales.

Este proyecto (como componente del quehacer universitario) ha sido el más resaltado y empleado por la tecnología educativa, para plantear modelos curriculares con supuestas inovaciones que no van más allá de modificaciones pedagógicas y didácticas en sus propuestas (91), las cuales son cuestionables por el método y la visión subyacente que sustentan, y orillan además, a incurrir en una manipulación del proceso educativo que tales propuestas conllevan. (92)

Un proyecto educativo, limitado a inovaciones en su proyecto pedagógico no ofrece muchas alternativas de cambio. Sin embargo, ésto no niega de ninguna manera, el incumplimiento de su función según los requerimientos de una sociedad de clases (93). Por lo tanto, el proyecto pedagógico contenido en un curriculum, deviene en el proceso metodológico por medio del cual el proceso de enseñanza-aprendizaje, adquiere materialidad para conformar la formación profesional esperada, con el complemento de los dos proyectos señalados anteriormente (Social y Científico).

La divergencia inicial que rompe con los modelos tradicionales de educación, se expresó en una inquietud central que dió orígen al Proyecto Xochimilco. La transmisión unidireccional de conocimientos del maestro al alumno, la reproducción de un modelo lógico, teórico-deductivo y por lo tanto la escición teoría-práctica; que prevalece en la enseñanza tradicional, aquí se pretende superar, al poner en relación a los participantes en el proceso enseñanza-aprendizaje bajo una nueva relación de Poder en función de un objeto de conocimiento diferente al tradicional; el conocimiento acumulado en el método tradicional, por el conocimiento necesario en el método modular.

El proyecto metodológico o pedagógico de la Unidad Xochimilco presenta respecto del sistema tradicional las siguientes diferencias:*

	TRADICIONAL	MODULAR
Modelo Educativo	Transmisión del conocimiento	Construcción del conocimiento
Funciones Universitarias	Docencia, investigación y extensión, separados, independientes.	Integración de la Docencia, investigación y servicio en torno a objetos de transformación.
Unidades de aprendizaje	Asignaturas	Módulos
Estructura de la Ciencia	Disciplinaria	Interdisciplinaria
Fundamento Cognocitivo	Informativo	Formativo
Papel del Docente	Expositor	Coordinador del trabajo grupal
Papel del Alumno	Receptivo, pasivo	Activo, crítico
Unidad de Aprendizaje	Individuo	Grupo
Dinámica Docente	Autoritaria	Democrática

* Modificado de Baz Margarita. "El Modelo Educativo de la Unidad Xochimilco".

El elemento inovador, de la metodología de enseñanza-aprendizaje de Xochimilco se presenta en el Objeto de transformación. Debido a un postulado que involucra dos dimensiones (93) una epistemológica y otra social.

En su dimensión epistemológica, se postula que:

> "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 construído. Una operación es, así, la esencia del conocimiento, una acción internalizada, la que modifica el objeto del conocimiento". (94)

este proceso de interacción y ubicación del Sujeto cognocente y el objeto de conocimiento, trae un diálogo donde el ascenso progresivamente superador, lleva a la construcción científica del conocimiento.

Sin embargo, se debe precisar que este desdoblamiento de - objeto y sujeto, no es un hecho de facto, de exterioridad de uno respecto del otro. La propia existencia del hombre y su inserción en la naturaleza -es decir la realidad- la presencia del ser viviente, de un objeto entre objetos, la constitución de las conductas objetivas, el desarrollo de la conciencia que lleva al proceso por el cual la naturaleza se desdobla en sujeto y objeto. (95)

Si bien en la cita mencionada se habla, de la transformación como esencia propia del conocimiento, este proceso de transformación presenta dos niveles de interpretación, uno sincrónico y otro diacrónico. La primera su transformación

sincrónica, se refiere a la relación de la práctica social del género humano. Es decir, en la producción y reproducción de la vida del hombre: Millones de veces repetidas, en la transformación cotidiana, cada vez más profunda y universal por parte de la actividad cooperativa de los hombres, donde tienen su fundamento las ideas, categorías, principios, la razón misma. La historia humana es la prueba directa de la necesidad de los procesos del mundo real, de la racionalidad de lo real, sin lo cual la supervivencia del género sería imposible. (96)

La segunda, es el resultado actual, al que no se debe renunciar, ésto es el resultado de la práctica transformadora. (97) Porque el conocimiento de la realidad es el resultado de las transformaciones de la sociedad, y en último análisis, son estos procesos (en cualquiera de sus niveles de movimiento) los que se enseñan, los que constituyen el objeto de la educación. Por lo tanto aquí se encuentra la dimensión sociológica del objeto de transformación.

La consideración de la inserción social e histórica del objeto de transformación en una realidad, al concebir y promover su cambio y/o transformación en una dirección determinada, expresa con mayor evidencia su dimensión social.

Hasta aquí, el carácter general que tiene el objeto de transformación en sus implicaciones metodológicas para la enseñanza, donde es evidente que no solo tiene conotaciones eficientistas de cómo aprender mejor, sino que asimila el conocimiento (en cuanto a su generación y transmisión) a un ejercicio sustentado en la práctica, como patrón de acción para definir el qué y cómo aprender.

IV PERFIL PROFESIONAL PROPUESTO

1.- Funciones de la Práctica Profesional

En la definición del perfil profesional del médico que la Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco debe formar, se encuentra el motivo central de los elementos precedentes. Ahora se hace necesario articularlas con la enunciación propia del quehacer técnico-profesional, que les de vigencia.

Una primera consideración se debe hacer, en lo referente a la forma en que pueden ser agrupados y/o presentados los distintos aspectos que componen el campo profesional del médico. Es pertinente señalar que el nivel de existencia, donde tiene lugar el campo profesional es aquel que la práctica médica conforma para la acción del médico. Esto significa entonces; que la localización y abstracción de componentes, es una discriminación virtual de una amalgama concreta, donde simultáneamente se realizan en una actividad, acción o maniobra, uno, dos o más componentes que corresponden a distintos objetivos, o bien a diferentes espacios de la técnica o ciencia médicas.

Por lo que agrupándolos esquemáticamente, se pueden presentar así:

FUNCIONES TECNICO-CIENTIFICAS DEL QUEHACER PROFESIONAL DEL MEDICO

I.- Servicio o Asistencia
- a) Prevención
  - específica
  - inespecífica
- b) Curación
- c) Rehabilitación

II.- Investigación

III.- Docencia

IV.- Administración

Por supuesto el elemento característico de las acciones del médico lo constituye la asistencia o servicio. En ello se reconoce el ámbito de inserción estructural que este profesional tiene en la sociedad, y dá, simultaneamente la naturaleza específica de su capacitación como fuerza de trabajo profesional, es decir; conforma el tipo de acciones que realiza al producir un servicio, servicio asistencial o servicio médico (98). Esto significa generar un atributo, adicionar, reproducir, o revertir un valor (salud) en el hombre por medio de técnicas, procedimientos, en general acciones específicamente médicas.

Para su comprensión y posible agrupamiento, se clasifican en Preventivas, las cuales pueden ser: a) inespecíficas y b) específicas. Curativas y Rehabilitatorias. Esta estratificación identifica, distintos momentos de actuación con diferentes procedimientos y técnicas; sobre un mismo proceso (la Salud-Enfermedad). Con ello se identifica además, al Proceso Salud-Enfermedad como el objeto propio del quehacer del médico; y sobre las bases enunciadas con anterioridad a este respecto (P-SE) se reconocen dos niveles de acción: el individual y el colectivo, por lo que los tres momentos señalados (prevención, curación y rehabilitación) no hacen por ese solo hecho una distinción entre los momentos del proceso S-E y los niveles de acción. Más sin embargo, sí se acepta que en alguno de los momentos tenga preeminencia lo individual sobre lo colectivo y viceversa.

Con la presentación en primer órden del Servicio o Asistencia, también se destaca en esa misma prelación su importancia respecto de las demás funciones y reafirma la idea que esto constituye el sujeto nodal de la práctica profesional, independientemente de la forma de Práctica Médica en

que se inscriba, aún cuando se destaque algún momento, se constituye en el predicado que orienta en dirección de alguna modalidad de P.M.

Las tres funciones restantes (Investigación, Docencia y Administración) si bien no son propias de cualquier práctica profesional, sí matizan una forma de P.M. La Investigación se dirige a señalar dos niveles de existencia del quehacer profesional, ambos surgidos de la función asistencial o de servicio; por un lado se refiere a la detección y formulación problemática de interrogantes sobre resultantes de la acción preventiva, curativa o rehabilitatoria y que presenten en su valoración cuanti o cualitativa necesidades de solución asistencial. En otro sentido se refiere a la búsqueda sistemática de información y formación auto dirigida del profesional. Ambos niveles se complementan, con el conocimiento previo de una realidad -fundamentalmente colectiva- de Salud-Enfermedad, para diseñar las estratégias de acción pertinentes.

La docencia, se inscribe en la acción educadora que interpreta una relación del médico con su entorno social, como una interacción de transmisión recíproca de conocimientos y con repercusión importante para la evolución del proceso S-E, también involucra el nivel de interacción médico-paciente, donde además del acto especificamente de servicio se dá una información al enfermo, desmistificando y desposecionandose el médico, del conocimiento como patrimonio personal y generando así, un proceso colectivizador del saber para sumarlo al esfuerzo autogestivo por la obtención, conservación y restablecimiento de la salud.

Finalmente la Administración, considerada no solo como técnica de la operación funcional de un sistema, sino

principalmente como espacio de la P.M. donde tiene existencia, la acción colectiva de la práctica profesional. Por lo tanto en el quehacer profesional que plantea rebasar la acción individual del médico con el enfermo, es inminente el conocimiento, manejo y operación de los principios e instrumentos de la administración que lleven a construir una función de servicio mucho más rica y sobre todo, con repercusiones de calidad y magnitud superiores. También esta función, esta llamada a inscribirse con mayor vigencia en la Práctica Médica institucional.

En síntesis, al formular clasificatoriamente el perfil profesional en cuatro funciones técnico-científicas, se hace identificando la esencia de la práctica profesional - otorgándole las particularidades que bajo un planteamiento inovador, valora y destaca elementos contenidos en ellos - mismos, dándoles por lo tanto un sentido preciso y concreto, evitando con ello, dejar a un nivel de ambiguedad su propia ubicación en el terreno de la práctica profesional y por lo tanto de la Práctica Médica.

2.- Tareas Profesionales.

Desagregar las funciones de la práctica profesional en TAREAS PROFESIONALES, permite llevar ese nivel de conceptualización a uno menor y simultáneamente ejercer una limitación para la posterior formulación del plan de estudios o del Mapa Curricular (99) omitiendo con alto grado de certeza, incurrir en los errores enunciativos de interminables índices temáticos.

Conceptualizar la tarea profesional implica su valoración que se refiere a la actividad profesional, que involucra en el terreno de la PRACTICA, el hacer cotidiano del

esto es, un conocimiento teórico, un método de razonamiento, una metodología de análisis, exploración de datos, valores, signos etc. utilización de maniobras, procedimeintos, técnicas y recursos instrumentales de apoyo para dar solución a problemas concretos, tanto individuales como colectivos, generales o particulares, mediatos o inmediatos, diacrónicos o sincrónicos que contienen un grado variable de complejidad.

Por lo tanto, se presenta a la tarea profesional como el resultado complejo, donde intervienen distintos elementos con mayor o menor presencia, pero que al enunciarla es necesario identificar el o los objetivos que se pueden llegar a cumplir. Un grado de precisión mayor, se refiere a las acciones que involucra una tarea, con ello se señalan los medios por los cuales se llega a desempeñar una tarea profesional.

La finalidad de formular de esa manera el perfil profesional, se debe a que al operacionalizar los contenidos académicos, funcione a manera de dique para éstos; es decir, sea el entorno que permita demarcar la extención y profundidad con que se deben considerar. Por supuesto esto tiene un grado de flexibilidad, que está determinado por la propia estructura lógica que la construcción de algunas áreas del conocimiento tiene y donde no se puede obviar un ascenso gradual en extensión y profundiad de conceptos centrales (100). También esta formulación permite expresar directamente y con mayor explicitación los aspectos inovadores y/o alternativas que significa la educación médica en la UAM-X, como resultado del análisis de los elementos presentes en el Marco Teórico.

3.1. ASPECTOS GENERALES

En la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, deberá proyectarse fundamentalmente la formación de un profesional médico, que tenga su inserción en la Medicina Institucional y en el primer nivel de atención.

Esto significa que la formación proyectada, implica la capacitación técnica y científica en aquellos aspectos que como Médico General, le posibilita desarrollar las acciones y actividades contenidas en los principales programas del sector salud, además de generar otras iniciativas profesionales congruentes con las necesidades que su específica inserción en las colectividades demandan los grupos sociales mayoritarios. Ello guía las necesidades de conocimiento y aplicación, de la metodología científica, con una disposición personal y profesional para integrarse en equipos interdisciplinarios; generar atención médica individual y colectiva, comprendiendo aspectos de prevención, curación y rehabilitación, dando énfasis a la prevención.

Sus acciones estarán orientadas por un sentido crítico y transformador del nivel de la realidad en que se inserte, adecuando su práctica a las condiciones que exijan el espacio geográfico o la estructura institucional donde se desempeña.

Los principales campos en los cuales debe actuar profesionalmente son:

1. Servicio
2. Investigación
3. Docencia
4. Administración

1. Servicio:

La atención médica constituye la principal actividad que el médico debe ejercer. Se ha dividido en 3 áreas generales:

1.1. Prevención
1.2. Curación
1.3. Rehabilitación

1.1. Prevención

1.1.1. Consulta a sanos, niños, embarazadas, adultos.
1.1.2. Promoción de la higiene personal, escolar, del trabajo.
1.1.3. Educación para la salud.
1.1.4. Educación sexual.
1.1.5. Inmunizaciones.
1.1.6. Principales enfermedades infecto-contagiosas.
1.1.7. Detección temprana de la cervico-uterino, T.B.P. Diabetes, Farmacodependencia
1.1.8. Participación en algunas acciones preventivas de la desnutrición.
1.1.9. Protección sanitaria de las fuentes de abasto de agua y alimentos.
1.1.10. Acciones para el saneamiento de lugares comunes: vivienda, recreación, trabajo.

1.1.11. Prevención de riesgos, accidentes y enfermedades de trabajo.

1.1.12. Disposición de desechos, excretas y basura.

1.1.13. Control de vectores, fauna y flora nociva.

1.2. Curación.

1.2.1. Dx y tratamiento de las enfermedades más frecuentes conociendo y actuando a su nivel, sobre sus principales complicaciones de acuerdo al grado de compromiso vital del paciente y canalizando en su caso.

1.2.2. Tratamiento de primera instancia de las urgencias médico-quirúrgicas más frecuentes.

1.3. Rehabilitación

1.3.1. Prevención y Dx de las limitaciones, incapacidades e invalideces más frecuentes a nivel individual y colectivo.

1.3.2. Indicación y/o realización de programas rehabilitatorios simples a nivel individual y colectivo.

1.3.3. Seguimiento y vigilancia de los resultados de dicho programa a nivel individual y colectivo.

2. Investigación

2.1. Desarrollar un conocimiento lo más completo posible

de la situación de salud del lugar donde se desempeña.

2.2. Desarrollar e instrumentar investigaciones específicas de acuerdo a las necesidades particulares de salud del lugar donde se desempeña.

2.2.1. Desarrollar investigaciones, problematizando los aspectos que, en su práctica cotidiana, resulten relevantes.

3. Docencia

3.1. Transmitir y divulgar de la mejor manera los conocimientos que conforman el saber médico.

3.2. Diseñar programas de formación de recursos de salud propios de las poblaciones.

3.3. Colaborar con los programas educativos institucionales en el área de educación para la salud.

4. Administración

4.1. Confeccionar planes de trabajo, organizar, dirigir y controlar los recursos a su cargo, para operar programas de salud.

4.2. Recolectar, organizar, procesar e interpretar la información de salud del área.

1.1.1. Consulta a Sanos; niños, embarazadas, adultos.

Objetivo:

Pugnar por el logro de un correcto nivel de salud en la población a su cargo, informando y transmitiendo conocimientos acerca de -- las principales enfermedades del área de trabajo y de cada grupo expuesto.

TAREAS:

a) Conocer los patrones de normalidad según edad y ocupación, de los niños, embarazadas y adultos para el fortalecimiento de los mismos, para la prevención y/o la corrección temprana de sus alteraciones significativas en los grupos referidos.

b) Generar y actualizar en base a la consulta de sanos, el archivo clínico de la población de niños, gestantes y adultos con los principales aspectos de la edad y ocupación favorables a la salud o lesivos para la misma, que nos permita llevar a cabo actividades de vigilancia epidemiológica.

c) Difundir los riesgos desencadenantes en niños, de enfermedades infecto-contagiosas, neurológicas, dermatológicas, parasitarias: en el núcleo familiar, en centros escolares y de recreo.

d) Difundir los principales riesgos en que se encuentra la embarazada en cualquier edad o situación. Detectar y mantener en control a las embarazadas de la población para orientar y evitar interpretaciones erróneas del curso del embarazo. Organizar y conducir grupos de discusión con embarazadas para su mejor atención.

. . .

e) Difundir los riesgos de las enfermedades más frecuentes de los adultos, sean mujeres u hombres, sobretodo los - relacionados al trabajo, para desarrollar las formas de prevención más eficaces.

1.1.2. Promoción de la higiene personal, escolar y del trabajo.

Objetivo:

Fomentar y desarrollar acciones individuales y colectivas para mejorar las condiciones de limpieza, acondicionamiento y permanencia en los lugares donde se desarrollan la vida laboral, escolar y personal que eviten la presencia de enfermedades causadas o determinadas por la higiene personal o del ambiente.

TAREAS:

a) Difundir y actuar sobre las condiciones que impidan desarrollar una higiene adecuada, (carencia de: agua potable, drenaje, depósitos de basura, promiscuidad, fauna nociva, etc.)

b) Detectar y difundir los aspectos agresivos del ambiente laboral, escolar y de la vivienda.

c) Promover en los centros de concentración de personas, (laborales, escolares, hogares y de recreación) el desarrollo de medidas colectivas que eleven las condiciones de higiene:

- Para la preparación, conservación y consumo de alimentos y bebidas .

- Para evitar enfermedades por contaminación fisicoquímica o biológica del ambiente.

1.1.3. Educación para la Salud.

Objetivo:

Comprender la importancia de la educación para la salud, como elemento destacado de la práctica profesional para demistificar el saber médico convencional y traducirlo en conceptos accesibles y adecuados al nivel del desarrollo cultural del grupo social a que se dirige y asi elevar el nivel de salud.

TAREAS:

a) Identificar los elementos de ideas, creencias y conceptos que respecto de la situación de salud y enfermedad posean los grupos sociales con los cuales se trabaja.

b) Retomar y complementar la información respecto de los problemas de salud más relevantes de las poblaciones en cuestión, difundiendo las medidas pertinentes desde la perspectiva de la situación de salud que se quiere modificar.

c) Realizar campañas de información y discusión en los núcleos de la población cercana a la unidad clínica como en la población general y que son necesarias para elevar las condiciones de salud, respetando las formas particulares de organización y participación.

1.1.4. Educación Sexual.

Objetivo:

Brindar la información necesaria y suficiente a la población a su cargo, considerando los momentos del desarrollo sexual propios de la naturaleza humana (Distinguiendo las particularidades de acuerdo a la edad y sexo) para el logro de mejores resultados en la búsqueda de un nivel adecuado de salud.

TAREAS:

a) Difundir en el núcleo familiar especialmente entre los padres, las características propias del desarrollo sexual en los diferentes estadíos de maduración como son: preescolar, escolar y adolescente.

b) Difundir en coordinación con el programa de educación sexual de la SEP y con los profesores de las escuelas en su área de influencia, la información referida al núcleo de estudiantes, de acuerdo a su edad y muy importantemente a su grado y tipo de desarrollo cultural.

c) Efectuar pláticas por demanda y/o a personas escogidas exprofeso, referentes a los métodos de contracepción, brindando información suficiente y fidedigna.

d) Ofrecer individual y colectivamente pláticas acerca de las enfermedades de transmisión sexual, su implicación, formas de prevención y medidas higiénicas necesarias, así como las acciones a tomar en caso de presentarse sintomatología.

1.1.5. Inmunizaciones.

Objetivo:

Aplicar las medidas de protección inmunológica específica en los grupos humanos de mayor suceptibilidad.

TAREAS:

a) Tener en actualización permanente un archivo inmunológico (registro permanente de dosis y esquemas de vacunación) de la población a su cargo de tal forma que permita conocer en cualquier momento los universos a vacunar, los requerimientos de material y equipo y los esquemas completos e incompletos.

b) Difundir por medios idóneos en la población la importancia de la vacunación de los niños, las posibles reacciones y las contraindicaciones que correspondan en cada caso.

c) Programar en coordinación con todo el personal implicado, las campañas de vacunación, para establecer la ruta crítica y la logística de la operación para la preservación en condiciones adecuadas de los productos biológicos.

1.1.6. Prevención de principales enfermedades infecto-contagiosas.

Objetivo:

Prevenir y controlar en los diferentes grupos de edad las principales enfermedades infecto-contagiosas que se presentan a nivel del país o del espacio específico de trabajo.

TAREAS:

a) Detectar por medio idóneo las principales enfermedades infecto-contagiosas y medir su impacto social, cualitativa y cuantitativamente.

b) Conocer los diferentes modelos explicativos de la casualidad y determinación de las enfermedades infectocontagiosas para sugerir y aplicar medidas preventivas que se apliquen a nivel individual y colectivo (en base a los recursos y condiciones concretas).

c) Intervenir en los niveles más próximos al individuo, con medidas que mejoren el estado de salud personal y favorezcan la respuesta orgánica a la enfermedad. (Principalmente Nutrición).

d) Proponer y organizar acciones colectivas que incidan en los aspectos del ambiente para el control, la prevención de las endemias y de los brotes epidémicos de este tipo de enfermedades.

e) Actuar como apoyo en los programas institucionales de imnunizaciones en la aplicación de vacunas en la población expuesta a riesgo específico, enfatizando la cobertura de esquemas completos de vacunación.

. . .

f) Con apoyo en la consulta a sanos, controlar y evitar la difusión de enfermedades infectocontagiosas tomando como centro de las acciones el núcleo familiar.

g) Investigar en el trabajo productivo los factores directamente condicionantes de las enfermedades infectocontagiosas por lo cual cualquier acción que se realice en este ámbito necesariamente llevará a un mejor nivel de salud.

1.1.7. Detección temprana de Ca. cervicouterino, TBP, Diabetes, Farmacodependencia.

Objetivo:

Identificar en la consulta y con acciones epidemiológicas específicas, el comportamiento de estas enfermedades para promover y efectuar acciones de protección específica tanto individuales como colectivas.

TAREAS:

a) Destacar la búsqueda y el análisis de datos orientados a obtener información práctica, en la población expuesta a riesgo, (tanto por condicionamientos sociales o ambientales, como por su edad) para el diagnóstico precoz de cualquiera de estas enfermedades.

b) Realizar pesquiza epidemiológica, (incluyendo toma, procesamiento y/o envío de muestras) apoyándose en los programas de salud que las instituciones de salud desarrollan.

c) Promover la difusión por medios idóneos, de las manifestaciones más tempranas, de las enfermedades referidas, así como de las conductas a seguir en caso de presentarse.

d) Realizar actividades promocionales para dar información amplia a toda la población acerca de las acciones preventivas y/más terapeúticas simples que puedan ser efectuadas por los enfermos o sus familiares y cuyo riesgo sea mínimo.

1.1.8. Participación en algunas acciones preventivas de la desnutrición.

Objetivo:

Pugnar por el logro de un correcto nivel nutricional en la población a su cargo, especialmente en los grupos más vulnerables.

TAREAS:

a) Promover una buena alimentación en la población, con los recursos económicos y de consumo disponibles, haciendo énfasis a la vez en las características económicas y sociales de las causas que limitan o impiden el acceso a bienes alimentarios.

b) Vigilar e indicar la ingesta de los nutrientes básicos y complementarios de la alimentación durante el embarazo.

c) Vigilar y orientar para el recién nacido y el lactante, la correcta alimentación materna, la ablactación y destete, la mejor utilización de los alimentos disponibles para un correcto desarrollo y crecimiento en esta edad.

d) Vigilar los períodos más críticos del crecimiento y desarrollo hasta los 18 años, y orientar para la mejor utilización de los alimentos disponibles.

e) Prevenir, diagnosticar y manejar tempranamente las alteraciones de la salud individual y colectiva que puedan conducir a desnutrición secundaria.

f) Recurrir a los programas institucionales de alimentación complementaria, para proveer y asignar alimentos a la población que lo requiera.

1.1.9. Protección sanitaria de las fuentes de abasto de agua y alimentos.

Objetivo:

Conocer las condiciones del lugar en cuanto a fuentes de aprovisionamiento de agua, almacenamiento, las formas de distribución, así como los sitios de expendio de alimentos y formas de conservación, para promover la aplicación de medidas correctivas, que garanticen su buena condición sanitaria para la ingesta humana.

TAREAS:

a) Detección de los elementos nocivos presentes en las fuentes de aprovisionamiento en los sistemas de distribución, almacenamiento, conservación de agua y de alimentos para proponer las medidas correctivas que sean necesarias.

b) Ofrecer la información y promover la discusión en torno a la importancia y significado que tiene desde la perspectiva de la salud, el que se cuente con adecuados sistemas de potabilización del agua, o que con la participación colectiva y organizada, se propongan las acciones pertinentes y/o colabore para su logro.

c) Indicar las diferentes medidas de potabilización del agua, y de conservación de las fuentes de suministro .

d) Promover acciones en el núcleo familiar y en la colectividad que tiendan a garantizar el buen uso y la ingesta de agua potable adecuada para la salud, de acuerdo a las condiciones particulares que se presenten.

e) Promover medidas en los centros, locales de venta y consumo de alimentos naturales o preparados, tendientes a asegurar un manejo adecuado de los mismos y la conservación higiénica más correcta para la salud.

1.1.10. Saneamiento de lugares comunes de vivienda, recreación, trabajo.

Objetivos:

Prom over la realización de actividades orientadas a mejorar las condiciones sanitarias de los espacios de convivencia colectiva y/o familiar.

TAREAS:

a) Destacar las formas de saneamiento de lugares comunes, de acuerdo a las características ambientales de la zona.

b) Promover la realización de actividades que incidan en los aspectos de:

- Agua
- Desechos - humanos y basura
- Ventilación
- Iluminación
- Comodidad
- Seguridad

Teniendo como núcleo básico de acción, las organizaciones propias existentes.

1.1.11. Disposición de desechos, excretas y basura.

Objetivo:

Conocer los elementos referidos a los desechos, excretas y basura, que en el medio laboral, de vivienda, trabajo y recreación resultan dañinos para el correcto desarrollo de las actividades de la vida diaria; promover y propiciar la ejecución de acciones para su eliminación parcial.

TAREAS

a) Difundir por medios idóneos los daños a la salud que pueden ser inmediatamente causados por los desechos humanos, animales y basura.

b) Promover ante las instancias competentes las medidas más adecuadas para el tratamiento correcto y menos lesivo para la salud, de los desechos, excreta y basura.

c) Proponer las medidas colectivas necesarias, que partiendo de la toma de conciencia y la organización colectiva tiendan a ofrecer soluciones esenciales y oportunas para este problema, de acuerdo a los recursos y disponibilidades de la región donde se desempeña el profesional.

1.1.12. Control de vectores, fauna y flora nociva.

Objetivo:

Detectar los aspectos del medio ambiente referidos a estos elementos, que de acuerdo a las características de la zona y región, tienen importancia para la salud.

TAREAS:

a) Reconocer las características específicas de la flora y fauna de la región, en cuanto a su potencial de daño o beneficio para la salud, recuperando lo favorable y difundiendo su uso en los casos convenientes.

b) Promover medidas de saneamiento en los diferentes espacios de vivienda, estudio, trabajo, recreación y otros para evitar la reproducción y diseminación de flora y fauna nociva para la salud.

c) Reconocer los reservorios naturales y las formas de transmisión más comunes de las enfermedades que tienen como vehículo a un ser vivo o a formas inanimadas.

d) Promover acciones individuales, familiares o en la colectividad, para controlar y eventualmente erradicar las formas de transmisión de ciertas enfermedades de ciclo externo al ser humano.

1.1.13. Prevención de riesgos, accidentes y enfermedades de trabajo.

Objetivo:

Detectar los factores del ambiente laboral que causan y/o determinan la accidentabilidad en el trabajo, así como las enfermedades de trabajo, conociendo el tipo de relaciones que se dan en el proceso de trabajo y el carácter fundamental que éste desempeña en la vida del hombre.

TAREAS:

a) Identificar en el grupo humano, por área de influen

cia de la unidad clínica, o por zona geográfica la (s) actividad (es) económica (s) fundamental (es) y de allí reconocer por medios idóneos las condiciones laborales lesivas o potencialmente dañinas para la salud del trabajador, o del núcleo familiar.

b) Investigar los factores de accidentabilidad más frecuentes así como las formas de prevención, insistiendo en los elementos de protección global y polivalente.

c) Promover con los organismos gremiales correspondientes y con sus afiliados, información referente a la importancia de prevenir los riesgos de trabajo.

d) Proponer y desarrollar actividades de capacitación para la prevención de accidentes y riesgos de trabajo.

e) Investigar de acuerdo a sus recursos las enfermedades de trabajos más frecuentes, para proponer acciones concretas en el centro de trabajo.

1.2.1.1. Diagnóstico de las enfermedades más frecuentes durante el proceso de la reproducción humana.

Objetivo:

Conocer el proceso de reproducción de la pareja humana, inscrito en el contexto de la reproducción de la población como parte del proceso más general, la conservación y desarrollo de la sociedad como el proceso más amplio de reproducción social.

. . .

Identificar las condiciones en que tiene lugar la gestación (de la concepción a los 28 días de vida neonatal), distinguiendo los niveles en que se relaciona: microambiente, matroambiente, macroambiente.

Participar con acciones específicas en el manejo integral del proceso de reproducción de la pareja humana.-

Brindar atención integral al binomio Madre-Feto y Madre-hijo como uno de los grupos más vulnerables y por lo tanto prioritarios en su quehacer médico.

TAREAS:

a) Identificar los aspectos de la dinámica demográfica de la problación humana, particularmente de la población de México y la influencia de condiciones económicas y sociales en su desarrollo.

b) Valorar epidemiológicamente al binomio Madre-feto y Madre-hijo, como uno de los grupos más vulnerables.

c) Identificar, las condiciones del desarrollo (anatómico, fisiológico y psicológico) de la pareja, la conformación de la sexualidad humana en el contexto de la influencia de las normas y valores socialmente dominantes, entender su existencia con una posición crítica.

d) Identificar los factores orgánicos, de la vida familiar o del trabajo, que en la mujer pueden afectar el proceso de gestación.

e) Identificar clínicamente y con apoyo en técnicas particulares cuando el caso lo permita, el estadío

. . .

de embarazo y el tipo de riesgo en que se clasifique.

f) Manejar la evolución del embarazo, tendiendo a controlar los riesgos, así como incrementar las condiciones favorables en los dos primeros trimestres del embarazo.

g) Controlar y vigilar adecuadamente el último estadío del embarazo (3er. trimestre) y actuar convenientemente según el tipo de riesgo a que esté expuesto.

h) Identificar el embarazo de mediano riesgo y ofrecer las medidas necesarias que permitan su atención médica correcta.

i) Identificar el embarazo de alto riesgo y proporcionar las medidas de urgencia necesarias para su mejor atención.

j) Brindar atención médica al embarazo de bajo riesgo al momento del parto.

k) Identificar las condiciones fisiológicas fundamentales del binomio madre-hijo.

l) Diagnosticar las alternaciones vitales que se presenten al momento del parto y brindar la atención médica pertinente que aseguren la vida de la madre y del hijo, o en ambos si fuese el caso o a uno por separado.

m) Valorar el desarrollo del producto e indicar las medidas correspondientes según el grado obtenido por la valoración.

. . .

n) Proporcionar e indicar los cuidados generales del recién nacido.

o) Brindar atención médica a las alteraciones más frecuentes del recién nacido.

p) Identificar el estado físico de la madre en el puerperio, proporcionar e indicar las medidas que corresponda.

q) Adiestrar a la madre, sobre los cuidados necesarios para la vida del producto y su mejor desarrollo en el primer mes de nacido.

r) Colaborar en el control de los factores de riesgo a que esté expuesto el binomio madre-hijo en el ambiente familiar y en su caso trabajo que puedan influir en su óptimo desarrollo.

1.2.1.2.- Dx. y tratamiento de las enfermedades más frecuentes que afectan el crecimiento y desarrollo del infante, preescolar, escolar y adolescente.

OBJETIVO:

Identificar las alteraciones más frecuentes del crecimiento y desarrollo, las enfermedades que lo afectan directa o indirectamente, y las que independientemente de lo anterior inciden más frecuentemente en este período. Brindar las medidas terapéuticas correspondientes, asegurando un manejo integral en el núcleo familiar, escolar y de recreación.

TAREAS:

a) Diagnosticar las carencias nutricionales, especialmente calórico-protéicas así como las de vitaminas y

minerales, e indicar las medidas terapéuticas pertinentes.

b) Valorar el grado de afectación del crecimiento y desarrollo y de acuerdo a ello brindar un manejo integral.

c) Identificar las complicaciones que se pueden presentar por la desnutrición crónica y actuar previniendo daños y lesiones al estado de salud.

d) Identificar las condiciones orgánicas, ambientales, y socio-económicas que favorecen la incidencia de enfermedades en este período de la vida, hacer su diagnóstico, realizar su manejo médico integral y el control de las complicaciones.

d.1.) Infectocontagiosas y parasitarias.

d.1.1.) Enfermedades cuya vía de contagio es:

-Digestiva

Principales infecciones intestinales de origen bacteriano, viral o producida por protozoarios y la hepatitis, parotiditis, helmintiasis, nematodiasis.

-Respiratoria.

Principales afecciones de las vías respiratorias altas y la amigdalitis estreptocóccica, escarlatina, rubeola.

Contacto directo.

Herpes Zoster, exantemas de origen viral, verrugas de cualquier localización, blenorragia, dermatomicosis, moniliasis,

tricomoniasis.

d.1.2.) Enfermedades prevenibles por vacunación.
Varicela, tosferina, difteria, tétanos, sarampión, poliomielitis, tuberculosis.

e) Diagnosticar y canalizar o tratar en su caso, las enfermedades crónicas que afecten con mayor frecuencia al escolar y adolescente.

1.2.1.3. DX. Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES MAS FRECUENTES EN EL ADULTO.

OBJETIVO:

Identificar las manifestaciones clínicas de las principales enfermedades que afectan al adulto, las condiciones que las originan y realizar las acciones médicas correspondientes; ofrecer un manejo integral del adulto sano y enfermo en su trabajo, familia y ambiente de convivencia.

Reconocer en el adulto, el trabajo como la actividad básica en este período de la vida. Identificar el proceso de trabajo actual y los antecedentes laborales del sujeto en edad productiva y edad post-productiva y la repercusión que estos tienen en su proceso de Salud-Enfermedad.

TAREAS:

a) Conocer el panorama epidemiológico actualizado del proceso Salud-Enfermedad del adulto mexicano, relacionándolo, dentro de los diferentes procesos de trabajo, con los factores de riesgo laboral más directos (los instrumentos, objetos y procesos mismos del trabajo) así como con las condiciones propias derivadas del ambiente integral.

b) Identificar las enfermedades más frecuentes, aquellas agudas y crónicas que se relacionan directamente con el trabajo. y su repercusión en el nivel Ps. Soc.

c) Efectuar el diagnóstico clínico individual de los adultos, relevando los factores correlativos de la actividad productiva, identificar el grado de afectación sistémica y el compromiso vital en cada padecimiento agudo o crónico para brindar las medidas curativas pertinentes, realizar el seguimiento y/o derivación a los servicios especializados requeridos, reforzando a la vez las acciones de carácter legal que beneficien al trabajador.

d) Brindar un manejo integral del adulto enfermo en lo referente a su trabajo, vivienda y recreación.

1.2.2. TRATAMIENTO DE PRIMERA INSTANCIA DE LAS URGENCIAS MEDICO-QUIRURGICAS MAS FRECUENTES.

OBJETIVOS:

Intervenir aplicando las medidas indicadas en las urgencias más frecuentes, realizar las acciones inmediatas que procedan y canalizar adecuadamente a niveles superiores de atención - cuando el caso lo requiera.

1.2.2.1. URGENCIAS PEDIATRICAS MAS FRECUENTES.

TAREAS:

- Identificar las condiciones ambientales y socio-económicas que producen las urgencias más frecuentes en este período de la vida, diagnosticarlas, brindar las medidas pertinentes e incidir en su control de la manera más adecuada en lo que se refiere a:

1) quemaduras, principalmente por medios físicos y secundariamente químicos.
2) traumatismos.
3) Intoxicaciones por hidrocarburos, cáusticos, medicamentos (tranquilizantes y salicilatos especialmente).
4) deshidratación y desequilibrio hidro-electrolítico.
5) reacciones alérgicas.
6) infecciones
7) asfixia.

- Aplicar las maniobras de resucitación y respiración artificial cuando se requiera.

- Diagnosticar y aplicar el tratamiento adecuado de la - insuficiencia respiratoria en el recién nacido.

1.2.2.2. URGENCIAS MAS FRECUENTES DEL PROCESO DE LA REPRODUCCION HUMANA

TAREAS:

Atender de manera integral los problemas más frecuentes que se pueden presentar en el curso del embarazo, afectando al binomio madre-feto.

- Diagnosticar el embarazo de mediano y alto riesgo, - prestar las medidas de urgencia necesarias y canalizar a niveles superiores de atención cuando el caso lo requiera.

- Diagnosticar, manejar integralmente y canalizar en su caso las complicaciones del parto y puerperio que afectan al binomio madre-hijo.

1.2.2.3. URGENCIAS MAS FRECUENTES EN EL ADULTO.

- Diagnosticar y tratar de primera intención y/o canalizar en su caso, los enfermos con: cardiopatía isquémica, accidente vascular cerebral, tromboembolia pulmonar, insuficiencia renal aguda, uropatía obstructiva, obstrucción intestinal aguda, - apendicitis, peritonitis, pancreatitis, shock hipovolémico, shock neurogénico, quemaduras, fracturas, intoxicaciones agudas, heridas, sepsis.

- Aplicar las maniobras de resucitación y respiración artificial cuando se requiera.

1.2.2.4. PROBLEMAS DE CIRUGIA MENOR.

- Desarrollar las técnicas básicas necesarias en todo caso que amerite cirugía menor. (hemostasia, sutura, asepsia, antisepsia, etc.)

1.3. REHABILITACION

OBJETIVO:

Identificar las manifestaciones de los problemas más frecuentes que implican secuelas morfológicas y/o funcionales, significativas socialmente, originadas por algunas enfermedades, accidentes o por el trabajo del sujeto.

Prevenir las secuelas de las enfermedades o éstas que son generadoras de secuelas, manejar aquellas al alcance del médico general con el objetivo de recuperar lo más posible la integridad morfológica y/o funcional, referir al especialista y/o al nivel asistencial que corresponda, a los enfermos que ameriten acciones rehabilitatorias complejas fuera de la competencia del médico general.

TAREAS:

1.3.1.1. Conocer el panorama epidemiológico y social del proceso Salud-Enfermedad en los aspectos relativos a la invalidez en nuestro país.

1.3.1.2. Difundir la información médica necesaria para la prevención y el diagnóstico temprano de los mecanismos sociales y biológicos más susceptibles de generar las enfermedades y situaciones desencadenantes de las invalideces más frecuentes y significativas en nuestro medio, jerarquizando en muy alto nivel las alteraciones del proceso de la reproducción humana.

1.3.1.3. Realizar las acciones preventivas individuales y/o colectivas requeridas en base a las situaciones clínicas y epidemiológicas detectadas.

. . .

1.3.2.1. Fomentar, participar en la preparación y realización de programas rehabilitatorios interdisciplinarios a nivel - colectivo cuando así se requiera.

1.3.2.2. En base al diagnóstico clínico de un daño potencial o declarado, producido por algunas enfermedades del sistema nervioso: daño cerebral en el feto, en el recién nacido, parálisis cerebral infantil, retraso del desarrollo psicomotor, parálisis facial, hemiplejía, paraplejía, secuelas de poliomielitis, enfermedad de Parkinsosn. Del aparato locomotor: luxación congénita de cadera, pié plano, pérdida de extremidades, artritis, Neuro-psíquicas: neurosis, alcoholismo, drogadicción, efectuar los procedimientos rehabilitatorios sencillos pertinentes y a su alcance técnico, en todo enfermo cuya afectación permita algún grado de recuperación de la función biológica, psíquica y social afectada; participando al mismo tiempo en programas que ofrezcan al paciente con daño e invalidez un manejo integral en su medio familiar, laboral que tienda a facilitar y estimular una - conviviencia positiva en el medio humano que lo rodee o la adquisición de la autosuficiencia en las actividades cotidianas.

1.3.3.1. Realizar el seguimiento del paciente con invalidez manejado directamente por el médico general a fin de poder seguir brindando el apoyo requerido así como evaluar los programas de rehabilitación integral llevados a cabo.

1.3.3.2. Participar en las acciones interdisciplinarias de seguimiento epidemiológico a fin de poder evaluar los programas rehabilitatorios integrales llevados a cabo colectivamente.

2. INVESTIGACION

2.1. Desarrollar un conocimiento, lo más completo posible del proceso Salud-Enfermedad en el lugar donde se desempeña.

OBJETIVO:

Conocer las condiciones de salud colectivas en el espacio de trabajo cotidiano, para comprender el perfil de Salud-Enfermedad de una colectividad en base a sus determinantes sociales, económicas, ambientales, para participar en el diseño de una estrategia específica de prestación de servicios médicos, así como en la adecuación de los programas nacionales de salud.

TAREAS:

a) Diseñar, probar y aplicar los instrumentos de recolección de información más adecuados según las características del grupo a que vayan dirigidas y la organización de la información disponible.

b) Procesar y analizar la información cuali-cuantitativa de acuerdo a los criterios más destacados: clase social, grado y tipo de consumo, edad, sexo, etc.

2.2. Desarrollar e instrumentar investigaciones específicas de acuerdo a las necesidades particulares de salud del lugar donde se desempeñan.

OBJETIVO:

Investigar de acuerdo a las necesidades concretas de su trabajo asistencial, los problemas de salud, que más se destaquen en la práctica cotidiana o que surjan por demandas de la población a su cargo; tales investigaciones, de cualquier tipo que sean, tendrán una orientación epidemiológica.

. . .

. . .

TAREAS:

a) Fundamentar convenientemente de acuerdo a su práctica y a las condiciones de trabajo la(s) investigación(es) que sea posible efectuar.

b) Diseñar la metodología e instrumentos adecuados para conocer los problemas específicos de salud planteados, con las limitantes a que pueda enfrentarse el médico general. (recursos, - tiempos, etc.).

c) Promover la participación activa y consciente de la población y de sus organizaciones representativas, tanto en el diseño como en la operación y logística de las investigaciones que se efectúen en respuesta a los problemas de salud más relevantes del grupo.

d) Propiciar mediante la discusión colectiva con la población a su cargo, el surgimiento de alternativas de investigación y su traducción en tareas y actividades concretas que pueda efectuar la población organizada o crear las instancias organizativas necesarias.

2.2.1. Desarrollar investigaciones, problematizando los aspectos que, en su práctica cotidiana, resulten relevantes.

OBJETIVO:

Identificar en la práctica las posibilidades y necesidades de investigación, como fuente primaria de conocimiento y de solución de problemas concretos.

. . .

TAREAS:

a) Sistematizar la información epidemiológica disponible y la que se vaya generando, para tener una fuente de información cuantitativa de los problemas de salud-enfermedad más frecuentes.

b) Valorar cualitativamente los grupos humanos más susceptibles ante enfermedades que por su agresividad o grado de compromiso vital, pueden ser de mayor riesgo.

c) Detectar en su práctica cotidiana, aquellos aspectos que son motivo de búsqueda analítica, cuestionando con actitud crítica el conocimiento comunmente aceptado, sugiriendo hipótesis de trabajo, para ser sometidas a prueba por él mismo o por otras personas.

3. DOCENCIA

3.1. Transmitir y divulgar de la mejor manera los conocimientos que conforman el saber médico.

OBJETIVO:

Colectivizar y difundir el conocimiento médico que sobre enfermedades y problemas de salud en general sea reclamado por la población, adecuado y oportuno dar a conocer, siempre con la limitante que implica el conocimiento especializado, rescatando los niveles de manejo producto del desarrollo cultural propio, que tengan los individuos respecto a la salud-enfermedad.

TAREAS:

a) En la relación médico-paciente ofrecer la información suficiente y con lenguaje accesible, acerca de los problemas que se presenten.

b) Por medio de pláticas y grupos de discusión, informar de los aspectos más relevantes acerca de los problemas de salud, que se presenten en la población a su cargo.

3.2. Diseñar programas de formación de recursos humanos para la salud, propios de las poblaciones.

OBJETIVO:

Establecer un programa permanente de capacitación técnica y científica en las colectividades donde desarrolle su labor, para formar personal de salud que como parte integrante del grupo social en cuestión, permanezca y difunda críticamente el saber oficializado asegurando un mejor nivel de salud por la vía de la comprensión y acción demistificada de la atención para la salud.

. . .

TAREAS:

a) Vincularse con los grupos organizados existentes para, junto con ellos, promover y seleccionar las personas idóneas para este programa.

b) Diseñar, previo conocimiento del lugar y de las necesidades más apremiantes de salud, un programa de contenidos tales, que den respuesta a ellas, y guíen la selección de las habilidades y conocimientos mínimos necesarios.

c) Transmitir y discutir el conocimiento científico necesario para comprender los orígenes y determinantes de la salud-enfermedad, en el marco de las condiciones económicas, políticas y sociales propias del lugar.

d) Promover y operacionalizar con el personal de salud formado, acciones colectivas de salud donde bajo la asesoría del médico, o de un equipo interdisciplinario, se desempeñen las actividades técnicas específicas, con el manejo de habilidades y conocimientos apropiados.

3.3. Colaborar con los programas educativos institucionales en el área de Educación para la Salud.

OBJETIVO:

Conocer los programas institucionales de educación para la salud, interpretarlos críticamente y vincularse a ellos en la medida que sea necesario para el desarrollo y aplicación de los mismos.

. . .

TAREAS:

a) Conocer los fines, contenidos y principios de operación de los distintos programas institucionales de educación para la salud, sean regionales, locales o nacionales.

b) Adecuar, en la parte operativa que le corresponda, los programas de educación para la salud a las propias necesidades y condiciones concretas de trabajo con el grupo social con quien participe.

4. ADMINISTRACION

4.1. Confeccionar planes de trabajo,organizar, dirigir y controlar los recursos a su cargo, para operar programas de salud.

OBJETIVO:

Conocer los diversos programas de salud de las instituciones o de la institución con que se vincule, para operarlos de acuerdo a sus condiciones concretas de trabajo, (recursos, tiempos, apoyos, etc.)

TAREAS:

a) Detectar y recabar los distintos programas de salud, estudiarlos y discutirlos críticamente para asumir en su práctica los cambios, modificaciones y adecuaciones que sea necesario instrumentar.

b) Organizar los recursos disponibles a su cargo para la ejecución de programas de salud.

c) Coordinar el equipo de salud del cual sea responsable, o coordinarse con los responsables para la mejor aplicación de los programas.

d) Desarrollar las técnicas de operación logística necesarios para garantizar la aplicación de los programas, poniendo énfasis en la posibilidad de aplicación real.

4.2. Recolectar, organizar, procesar e interpretar la información de salud del área.

OBJETIVO:

Contar con la información estadística necesaria, tanto para diseñar los propios programas, como para ofrecer una notificación válida y fidedigna de la situación REAL de salud del área correspondiente.

TAREAS:

a) Diseñar o utilizar y actualizar, en caso de existir, formas de concentración de información cuantitativa de acuerdo a los indicadores epidemiológicas más convenientes.

b) Mantener actualizado permanentemente el archivo estadístico de la población a su cargo. Tanto en lo que se refiere a información personal o familiar, como global.

c) Elaborar en caso de carecer, los indicadores estadísticos; mantener actualizados los más recientes y relacionarlos con otras fuentes de información (Ejem.: censo, estadística escolar, comercial, etc.) para ofrecer un panorama lo más completo posible y no superficialmente descriptivo de los eventos a que se enfrenta.

d) Saber interpretar, por sus implicaciones en los eventos materiales y sociales, cualquier información estadística en salud a que tenga acceso, y no sólo describir, sino analizar los hechos que se representan numéricamente.

e) Remitir oportunamente la información con la mayor veracidad a las instancias que corresponda, aprendiendo a valorar la importancia de un sistema fidedigno y fluído de información.

f) Programar según corresponda, las acciones técnicas, administrativas, de divulgación, etc. que tengan relvancia para el mejoramiento de la salud, de acuerdo al tipo y calidad de la información con que cuente.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

1) MENDOZA, Javier. "El Proyecto ideológico modernizador de las políticas universitarias en México (1965-1980)". Rev. Perfiles Educativos. No. 12. CISE, 1981.

2) GOMEZ, V.M. "Expansión Crísis y Proyectivos de la Educación en América Latina". Mimeo. Fund. Javier Barrios Sierra, A.C. 1979.

3) FURLAN, A. y REMEDI, E. "Notas sobre la práctica Docente" Rev. Foro Universitario No. 10. Sept. de 1981. Epoca 11. Ed. STUNAM. México, 1981.

4) BANCO MUNDIAL. "Educación sector productor de papeles" Cfr. Gómez, V. M. Op. Cit.

5) GINTIS, M. "Crítica de Ivan Ilich y el Ilichismo". Ed. Cuervo Sus. 1976.

6) MARX, K. "El Capital, libro 1, Cap. VI (inédito)". Ed. Siglo XXI. 8va. ed. México, 1980.

7) ANDRADE, J. "Marco conceptual de la Educación Médica en América Latina". OPS, Serie: Desarrollo de Recursos Humanos. No. 28. Washington, 1979.

8) FRENK, J., HERNANDEZ, U.M., ALVAREZ, L. "El mercado de trabajo Médico". Reprote de Investigación 1. CBS-NIDES-UAM-X. 1980.

9) ROEMER, M.I. "Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud". Ed. Siglo XXI. México, 1980.

10) DE LEON, J.; MORENO, M. "Salud-Enfermedad, Saber Médico, Práctica Médica y la Integración de la Enseñanza de Medicina". Rev. CSUCA No. 9, San José de Costa Rica, 1978.

11) ARISTI, R.P., MIKLOS, M. "Organización Social y Curricular". Foro Universitario No. 8. Ed. STUNAM, Julio de 1981.

12) JORES, A. "La medicina en la crísis de nuestro tiempo". Ed. Siglo XXI, México, 1979.

13) VILLAGRAN, F. "Situación Social y Educación Médica" Ponencia en Memorias del: Taller Latino americano de Diseño y Reforma Curricular de la carrera de Medicina, HUP y CSUCA, Puebla, Pue. 27-29-jul. 1981.

BERLINGER, H. "A Larger Perspective on the Flexner Report" En Int. Journal of Health Serv. No. 5 - 1975 pp.573-592.

14) AROUCA, S. "El Dilema Preventivista". Contribución para la comprensión y crítica de la Medicina Preventiva. Rev. Fac. CP y S. UNAM. No. 84. México.

15) ERNESTO "CHE" GUEVARA "Obra Revolucionaria". Ed. ERA. 7a. Ed. México, 1976. pp. 413-497.

16) AROUCA, S. Op. Cit.

17) CORDEIRO, Hesio. "La Práctica Médica en América Latina" Colección SESPAS. Republica Dominicana. 1981.

18) RODRIGUEZ, M.I. "Planeación de la Enseñanza de la Medicina". En Medicina y Sociedad I. Circulo de Estudios I.C.V. México, 1978.

19) GARCIA, J.C. "La Educación Médica en América Latina". OPS. Pub. Científica No. 255. Washinton 1972.

20) GARCIA, C. y PERERA, S. "Los aspectos sociales de la enseñanza de la medicina en America Latina". Colección Salud y Seguridad Social. IMSS. México, 1981.

21) ARTIN y PANNOS. "Evaluación de programas y proyectos educativos." Coleg. de Pedagogía, Fac. F. y L. UNAM-1972

RODRIGUEZ, M.I. Op. Cit.

22) ANDRADE, J. Op. Cit.

GARCIA, J. Op. Cit.

VELAZCO, R. y SERRANO, R. Educación y Capitalismo. AMEFMUZ Mimeo 1977.

VELAZCO, R. "Esquema de trabajo para el diseño Curricular CBS. UAM-X." UAM-X. (Mimeo) 1976.

DIAZ BARRIGA, A. "Alcances y limitaciones de la metodología para la elaboración de planes de Estudio" AMEFMUZ (Mimeo) 1981

23) NAVARRO, V. "La Medicina bajo el Capitalismo" Ed. Grijalbo, Barcelona, España. 1978.

24) SALAMANCA, F. y FRANCISCO, O. "Educación Médica y Revolución". En antología del "1er. Sem. Centroamericano de Dirección y Diseño Curricular" CSUCA, San José de Costa Rica. Sept. 1981.

25) FASSLER, C. "Tranformación Social y Planificación de Salud en América Latina". Rev. CSUCA No. 13. San José de Costa Rica 1979.

26) EIBENSCHUTZ, C. "Hegemonía y Salud en el Estado Mexicano (1810-1940)". UAM-X. MMS. (Mimeo) 1978.

27) AROUCA, S. "La Salud en las sociedades en transición" Ponencia en "II Sem. Latinoamericano de Medicina Social". Managua, Nic. sept. de 1982. (MIMEO)

28) NECESIDADES ESENCIALES Y ESTRUCTURA PRODUCTIVA EN MEXICO. Ed. Coplamar, México, 1982.

29) HERNANDEZ, LL.M. "Historia de la Participación del Estado en las instituciones de atención médica en México 1935-1980" En Vida y Muerte del Mexicano 1, Ortiz, Q.F. (Compilador). Ed. Folios. México 1981.

30) NECESIDADES ESENCIALES EN MEXICO. Salud, 4. Coplamar. Siglo XXI. México 1982.

31) COLLADO, A.R. "Médicos y Estructura Social". Ed. FCE y UNAM. México 1976.

32) DIERCKXSENS, W. Capitalismo y Población. Ed. Educa. San José de Costa Rica. 1979.

33) BERLINGUER, G. "Medicina y Política". Ed. Círculo de Estuios. México 1977

34) CASTELLANOS, P.L. "Notas sobre el Estado y la Salud en Venezuela" En REv. Latinoamericana de Salud No. 1 Ed. Nva. Imágen. México 1981.

35) GARCIA, J.C. "La medicina estatal en América Latina" UAM-X. MMS. (Mimeo) 1981.

36) BREITH, Jaime. Epidemiología y Sociedad. Serie Salud y Sociedad. Colección SESPAS. Santo Domingo, R.D. 1980.

37) LAU IELL, C. "Algunos Problemas teóricos y conceptuales de la Epidemiología Social". En REv. CSUCA. No. 6 San José de C.R. 1977

38) CREVENNA, P. "Algunas consideraciones sobre la evolución del Concepto de Epidemiología" UAM-X, MMS. (mimeo) 1980.

39) SAMAJA, J. BEKKER, L.F. "Reflexiones sobre cual puede ser el eje integrador de un nuevo curriculum en la Fac. de Ciencias Médicas". Rev. CSUCA No. 8. 1977 Sn José de C. R. 1977.

40) LAURELL, C. "Proceso de Trabajo y Salud". En Cuadernos Políticos No. 17. México. 1978.

IBID. "El Carácter Social del P.S-E y su relación con el proceso de trabajo". En Vida y Muerte del Mexicano 1. Ed. Folios, México 1981.

41) CONTI, L. "Estructura Social y Medicina". Ed. Medicina y Sociedad. VArios libros de confrontación. Ed. Fontanella. Barcelona, España, 1972.

42) CASTELLANOS, P.L. "La Formación del Médico en la realidad Social de cada país". UNAM, XII Conf. de Fac. y Esc. de Med. de A.L. UDUAL. UNAM, Mimeo 1982.

43) VILLARREAL, R., ALVAREZ MANILLA, J. "La formación de Médicos y el desarrollo de recursos humanos para la Salud en México" OPS. Washington. (Mimeo) s/f.

CAMPILLO SAENZ, ALVAREZ TOSTADO, GONAZALEZ, E. "La situación de la salud en el país y sus tendencias" SP de M. México 1975.

44) Al respecto se pueden citar los más sobresalientes de una extensa lista:
POLLACK, J.C. "La Medicine du capital"
DONANGELO, M.C.F. "Saude e Sociedade"
LAURELL, C. "Capitalismo y Medicina en México"
GUY, C. "La Medicina impugnada"
BERLINGUER, G. "Medicina y Politica" Op. Cit.
BASAGLIA, F. "La Salud e los trabajadores"
VASCO URIBE, A. "Salud, Medicina y Clases Sociales"

45) BERLINGUER, G. Op Cit.

46) CANALES, J. L. et al. "El subregistro de la natalidad y la mortalidad en una comunidad en México" En Salud Pública de México 22, 2. México 1980.

47) CELIS, S.A., NAVA, G. J. "Patología de la Pobreza". Rev. Med. del Hospital General. No. 33. 1970.

LAURELL, C. y BLANCO G.J. "Enfermedad y Desarrollo, análisis sociológico de la morbilidad en dos pueblos mexicanos". En Rev. de la FCP y S. No. 84

48) VILLARREAL, R. Op Cit. "Documento Xochimilco"

49) AGUILAR MORA, A. y CARMONA, F. "México: Riqueza y Miseria" 13a. ed. Ed. Ntro Tiempo. México. 1980.

50) BERLINGUER, G. Op. Cit.

51) O M S Anuario de estadísticas de Salud Mundiales 1977. Cfr. Necesidades esenciales. . . Coplamar Op Cit.

52) NECESIDADES ESENCIALES . . . Coplamar Op. Cit.

LOPEZ, A. D. "La Salud desigual en México". Ed. Siglo XXI. México, 1980.

53) ORDOÑES, B.R. "Epidemiología del aborto inducido en México" En Gac. Méd. de Mex. 108. México 1974.

54) BEHM, M. "Determinantes económico-sociales de la mortalidad en América Latina". Rev. CSUCA. No. 12. San José de C. R. 1979

55) CORDERO, E. "La subestimación de la mortalidad infantil en México". Demografía y Economía. Vol. II No. 1. México 1968.

56) LOPEZ, A. D. Op Cit.

57) DUARTE, M. A. "El incremento de la MOrtalidad Infantil en México". Gaceta Médica de México. Vol. 103. No. 6 Junio 1972.

58) KUMATE, J. "Las enfermedades infecciosas del Hombre: evolución, civilización y adaptación". Gaceta Médica de México. 113, 6, 1977.

59) FORBES, W. H. "Longevity and Medical Costs". New England Journal Medicine, No. 3. 1967

60) BASAGLIA, F. et. al. "La salud de los trabajadores" Ed. Nva. Imágen. México. 1978.

BERLINGUER, G. Op. Cit.

61) NECESIDADES ESENCIALES . . . Coplamar Op. Cit. pp 97.100

62) SIMARD, M. "Condiciones de Trabajo y Salud". En Rev. CSUCA No. 8 San José de Costa Rica. 1977

63) ALTHUSSER, L. La filosofía como arma de la Revolución. Cuad. p y p No. 4. 1a ed. Ed. Siglo XXI. México, 1980

64) VELAZCO R. y SERRANO, R. "Educación y Capitalismo" Op. Cit.

65) PUIGRÓS, A. "Imperialismo y Educación en América Latina" Ed. Nueva Imágen. México 1981.

66) GRAMSCI, A. "Cuadernos de la Carcel 1" Ed. Juan Pablos. México 1975. pp. 55-165

67) IBID

68) Cfr. PEREYRA, A.
GRAMSCI: Estado y Sociedad Civil. Cuadernos Políticos No.21 México 1979.

69) VASCONI, T. Educación y Cambio Social. CESO, Universidad de Chile, Santiago de Chile, 1972. Mimeo.

70) JIMENEZ, G. "La relación Cultura-Poder desde el punto de vista de la Cultura". UAM-X. MMS. (Mimeo) 1981.

71) TABA, H. "Elaboración de Curriculo" Ed. Troquel, Buenos Aires, Arg. 1976.

72) LOBROT, M. "Pedagogía Institucional". Ed. Humanitas, Argentina. 1974.

73) MARX, K. Op. Cit.

74) PONCE, A. Obras. Colec. Nuestra América. Ed. Casa de las Américas. La Habana, Cuba. 1975.

75) ANUIES Memoria, XVIII Reunión Ordinaria de la Asamblea General. ANUIES. México 1979.

76) VILLARREAL, R. "Documento Xochimilco". UAM-X. 4a. Ed. México 1980.

77) GUEVARA, G. (Compilador) El Diseño Curricular. DCBS-UAM-X México 1976.

78) Se vieron concretados con las adiciones y reformas constitucionales, que quedaron legalmente establecidas con su publicación en el Diario Oficial del día 3 de febrero de 1983.

79) "CRISIS FISCAL DEL ESTADO" Datos de Banamex en el artículo publicado en el periódico, Uno más Uno el 11 de enero de 1983.

JESSOP, B. "El gobierno de lo ingobernable, concierto en la crísis". En REv. Mex. de Sociología No. 3. 2a. Ep. Julio-sept. 1982. 115 de la UNAM, 1982.

80) BASAVE, G. et. al. "La nacionalización de la banca y la situación política actual" En Teoría y Política No. 7/8 jul.-dic. México 1982.

81) Declaraciones del Dr. Guillermo Soberón A. "Racionalizar para hacer efectivo el derecho a la Salud" Publicado en el diario Uno más Uno el 7 de enro de 1983.

82) GUEVARA, Gilberto Op. Cit.

83) EL MANIFIESTO DE CORDOBA. Cuadenos de la APUC No 1. Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela, 1980 (Mimeo)

84) FLAGLE, Ch. D. "Investigación de Recuros Humanos para la Salud". En Investigación en Servicios de Salud. Ed. CONACYT y SSA, 2a. ed. México, 1981.

85) GARCIA, J.C. Op. Cit.

GARCIA, J.C. "El diseño del Plan de Estudios". UAM-X MSS (Mimeo) 1980

GAETE, J., TAPIA, I. YOCELEUZKY, R. Bases para un redefinición del enfoque de la medicina en la ciencia social. Universidad de Carabobo. (Mimeo) s/f.

86) ROSE, M., ROSE, S. Economía Política de la Ciencia. Ed. Nueva Imágen. México 1977.

87) VARSAUSKY, O. "Hacia una política nacional". Ed. Periferia, Buenos Aires, Arg. 1972.

VARSAUSKY, A. "Ciencias Políticas y Cientifisismo" Ed. Centro editor de A.L. Argentina. 1973.

SANCHEZ, V.A. "La ideología de la neutralidad ideológica" Ed. Grijalvo, México 1976.

88) CUELLAR, J. "La Educación Médica y la Sociedad". Foro Universitario No. 11 Ed. STUNAM. México 1981

89) Villarreal, R. Op. Cit.

90) ZARATE, S. M. "Planificación en Educación". Material de trabajo, supervisión y apoyo técnico para jefes de enseñanza. (Mimeo) IMSS. México, 1977.

91) FONTAN, J. "La Escuela y sus alternativas de Poder". Ed. Leal, Barcelona, España. 1978.

92) OLMEDO, R. "La Universidad y el Estado" CONAPE (mimeo) Tampico, México. 1977

93) BOJALIL, L.F. y GARCIA, J.C. "Consideraciones sobre el Marco Teórico de una Práctica Universitaria" UAM-X México, 1981

94) EIBENSCHUTZ, C. "Reflexiones sobre el sistema Modular" UAM-X. (Mimeo) 1980.

SERRANO, R. "El Objeto de transformación y Educación". UAM-X. CBS. 1982.

95) VILLARREAL, R. Op. Cit. "Documento Xochimilco". pp.8

96) SAMAJA, J. "Función Metodológica de la Epistemología" Rev. Episteme, Asoc. Argentina de Epistemología. Vol. II, No. 4. 1972. Bs. As. Argentina.

97) SAMAJA, J. "Contribución a la fundamentación sistemática de las Ciencias Sociales" Inédito.

98) ALEXEIEV, M. "Dialéctica de las formas del pensamiento" Ed. Plantina, Buenos Aires, Argentina 1964.

99) FRENK, J., HERNANDEZ, LL. M., ALVAREZ, K.L. "El mercado de trabajo Médico". Op Cit.

100) DIAZ BARRIGA, A. "Una aproximación al estudio del contenido en los planes de Estudio". CISE-UNAM (Mimeo) 1981

101) VILLAGRAN, F. "Fundamentos filosóficos de la didáctica por medio de unidades integradoras; Una aproximación explicativa a la didáctica dialéctica". Fac. de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala. (Mimeo) 1977.