

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA-XOCHIMILCO  
DIVISION DE CIENCIAS BIOLOGICAS Y DE LA SALUD  
MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL

"EVALUACION CURRICULAR DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIAPAS. (Un aporte para el rediseño  
curricular)."

que para optar al grado de Maestra en Medicina Social, presenta

DOMINGA AUSTREBERTA NAZAR BEUTELSPACHER

TUTOR: DR. EDGAR JARILLO SOTO.

México, D.F. Diciembre de 1988.

AGRADECIMIENTOS.

Al Dr. Marco Antonio Castillo Paz, Coordinador de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Autónoma de Chiapas por su valiosa cooperación para la realización de este trabajo.

A los alumnos y docentes de la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Chiapas por su colaboración sincera y desinteresada en el desarrollo de esta investigación.

A Manuel Outón, por sus comentarios y orientaciones, ya que le dieron precisión a este trabajo.

con cariño.

A Benito

A Ethel y David  
mis padres.

## CONTENIDO

|  | Pág. |
|--|------|
| INTRODUCCION.  | 1    |
| CAPITULO 1.  |      |
| MARCO TEORICO.   |      |
| 1.1 La educación como proceso social.  | 6    |
| 1.2 Estado, Educación e Ideología.   | 11   |
| 1.3 El problema general de la educación médica.                                | 17   |
| 1.4 El Estado y las Instituciones de atención<br>y educación médica en México. | 24   |
| 1.4.1 El Estado y los Servicios de atención Médica<br>en México.               | 24   |
| 1.4.2 El Estado y la Educación Médica en México.                               | 30   |
| 1.4.3 Planes de Estudio de la Carrera de Medicina en<br>México.                | 32   |
| 1.5 Relación Universidad-Sociedad.   | 37   |
| 1.6 El Estado y la Relación Universidad-Sociedad en México.                    | 42   |
| 1.7 La problemática curricular.  | 48   |
| 1.7.1 Tipos de Currículum.   | 59   |
| 1.7.2 La organización curricular modular.                                      | 60   |
| 1.8 Evaluación.  | 67   |
| 1.9 Propuestas metodológicas para el diseño<br>y evaluación curriculares.      | 74   |
| CAPITULO 2.  |      |
| ANTECEDENTES DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UN.A.CH.                          | 83   |

|  |     |
|--|-----|
| CAPITULO 3.  |     |
| METODOLOGIA.   | 93  |
| 3.1 Categorías, Variables e Indicadores.   | 107 |
| CAPITULO 4.  |     |
| RESULTADOS, ANALISIS Y CONCLUSIONES.   | 111 |
| 4.1 El Campo Educativo.  | 113 |
| 4.1.1 El Plan de Estudios de la Escuela de Medicina<br>de la Universidad Autónoma de Chiapas.                            | 113 |
| 4.1.2. Opiniones (encuesta) de docentes y alumnos<br>de la Escuela de Medicina de la Universidad<br>Autónoma de Chiapas. | 139 |
| 4.2 El Campo Profesional.  | 201 |
| 4.2.1 Algunos aspectos sociodemográficos del<br>Estado de Chiapas.   | 205 |
| 4.2.2 Análisis de las prácticas profesionales<br>presentes en el campo profesional médico<br>de Chiapas.                 | 207 |
| 4.2.3 Situación de Salud Enfermedad de la población<br>del Estado de Chiapas.  | 216 |
| 4.2.4 Algunos aspectos de importancia de las<br>políticas gubernamentales actuales en materia<br>de salud y educación.   | 223 |
| CAPITULO 5.  |     |
| CONCLUSIONES.  | 226 |

CAPITULO 6.

PROPUESTAS GENERALES PARA LA REESTRUCTURACION

CURRICULAR DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD

AUTONOMA DE CHIAPAS.

241

BIBLIOGRAFIA.

248

ANEXOS.

261

## INTRODUCCION.

La elaboración de una propuesta de evaluación curricular, es muy compleja en virtud de la multiplicidad de interrelaciones y determinaciones del proceso educativo.

Existe abundante información sobre el tema, pero escasa sistematización de la misma, lo que ha derivado en profundas confusiones al respecto.

Por otra parte, aunque abunda la literatura sobre la educación superior, son escasos los trabajos que la abordan desde una perspectiva integral que la ubique en su dimensión social.

Dentro de la temática curricular, el problema de la evaluación curricular es quizá uno de los temas más abordados, encontrándose diferentes enfoques y metodologías. Si bien las propuestas para la evaluación curricular son bastas y algunas de ellas son importantes en relación a que ubican el proceso educativo en su dimensión social, consideramos que la delimitación de un objeto conlleva propuestas metodológicas específicas, y que requiere particularizarse, y si es posible, aportar nuevos elementos para su comprensión, a la vez que genere alternativas de solución específicas, concretas y viables.

El presente trabajo comprende la aplicación de una metodología específica de evaluación curricular a un problema concreto: el curriculum de la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Chiapas (UN.A.CH.).

La investigación está orientada básicamente a aquellos aspectos conceptuales, que permitan la comprensión del currículum actual, bajo una perspectiva integral, a la vez que aporte los elementos básicos para la construcción de un proyecto educativo.

La metodología está basada en un amplio marco teórico, que si bien no pretende dar cuenta de todas las determinaciones e interrelaciones del proceso educativo en general y del proceso educativo médico en particular, si pretende abordar, rescatar y sistematizar aquellos elementos que permiten su comprensión, así como la justificación de la metodología aplicada en esta investigación.

La primera tarea. fué la delimitación teórica del objeto denominado currículum, misma que fué la base para el desarrollo de la metodología de evaluación que aplicamos a la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Chiapas., y que pretende ubicar al currículum en su dimensión social y como elementos articulador en la relación universidad-sociedad.

Una vez definido el objeto, analizamos la situación general del currículum a evaluar y determinamos la metodología y objetivos de la evaluación.

La primera parte de este trabajo consta de nueve apartados agrupados en el capítulo "marco teórico" en los que se presentan algunos de los aspectos que permiten ubicar el proceso educativo médico en su dimensión social así como algunas de sus interrelaciones y determinaciones más importantes; seguido de las

propuestas más importantes en relación a la evaluación curricular, y desde luego, la definición de términos, que permiten delimitar el objeto denominado curriculum.

Posteriormente presentamos aquellos antecedentes de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH. que permiten ubicar el problema curricular actual, así como delimitar el propósito general de la evaluación.

La metodología de evaluación curricular aplicada a la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Chiapas consta de dos grandes partes:

- a) El análisis del Campo Educativo
- b) El análisis del Campo Profesional

El análisis del campo educativo comprende el análisis del Plan de estudios, y el análisis de información proporcionada por docentes y alumnos de la Institución, obtenida por encuesta. Todo ello en función de obtener información, no solamente de lo "programado" sino también de lo "operado" en ese proceso educativo; y más aún, en función de obtener aquellos elementos que docentes y alumnos consideran necesario retomar en una posible reestructuración curricular, bajo una propuesta de participación real de los mismos.

El análisis del campo profesional contempla información de las principales Instituciones de atención médica en Chiapas, su cobertura nominal por niveles de atención. También incluye parte de información sobre el sector privado de atención médica (obtenido inferencialmente) y que en conjunto permite obtener una

visión general de la importancia relativa de esas Instituciones y de las prácticas sociales de la medicina presentes en la Entidad.

Por otra parte, se mencionan aspectos de la situación de salud-enfermedad de la población del Estado de Chiapas, así como algunas de las políticas nacionales del presente Gobierno, en materia de salud y educación.

Consideramos que la caracterización del campo profesional de Chiapas, permitirá conformar un marco referencial para comparar, discutir y reestructurar el curriculum de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH. bajo una perspectiva integral.

Por último, consideramos que esta propuesta, puede ser aplicada a otras Escuelas o Facultades de Medicina, cuyas condiciones sean similares a las de los problemas que motivaron este estudio.

MARCO TEORICO

CAPITULO I

### 1.1 LA EDUCACION COMO PROCESO SOCIAL.

La educación ha sido y es considerada por muchos, como un proceso aislado del contexto social. De esta forma ha sido reducida a lo meramente pedagógico, o al estudio de las teorías o técnicas de transmisión de conocimientos, explicables por sí mismos.

El concepto liberal de educación, la ha considerado como un proceso limitado al beneficio individual, desconociendo la historia y abstrayéndose de las situaciones sociales concretas.

La educación debe considerarse como un proceso social objetivo ligado a su contexto social en cada momento histórico.

La educación como proceso social, ha sido, principalmente desde el siglo XIX, analizada por diferentes autores (1), quienes fundados en diferentes corrientes teóricas han postulado su comprensión de las funciones que cumple en la sociedad.

La búsqueda de explicaciones sociales al proceso educativo no ha sido lineal ni evolutiva. Son los procesos educativos concretos los que obligan a la modificación o reinterpretación de concepciones previas, siempre definidas por contextos específicos.

La educación asumida como proceso social ubica al individuo como ser social; construido socialmente en cada sociedad, grupo social y momento histórico según diferentes ideas, valores, finalidades, etc. (2)

Ante esta situación se hace necesario hacer una aproximación que ubique las principales corrientes sociológicas de la educación: el positivismo y el materialismo histórico, ya que en ellas encontramos las nociones actuales más difundidas, muchas de ellas como nociones dominantes.

A continuación presentaremos algunas de las conceptualizaciones de la educación en su dimensión social elaboradas por representantes del positivismo y del materialismo histórico.

Dentro del positivismo ubicamos a Durkheim, Max Weber, Talcott Parsons y Theodore Schultz.

- Para Durkheim, la educación es un proceso único y múltiple que formará al ser social que cada pueblo, casta o clase social considera necesario; la educación ha variado de sociedad a sociedad y en cada época histórica. Cada sociedad tiene un sistema de educación que impone a los individuos con fuerza irresistible; es vano creer que se puede educar como se quiere. (3)

- Para Max Weber, la educación es un sistema burocrático (sistema escolar) que propiciará la formación de "especialistas" y la selección "racional" de las personas calificadas a través de un sistema de exámenes. Anticipa este autor, que el sistema producirá a su vez una "casta privilegiada". (idem)

- Talcott Parsons, retomando ideas de Weber y Durkheim, ubica la función "objetiva" de la escuela como instrumento de asignación y diferenciación de roles sociales según los logros

escolares de los individuos; en la escuela se socializa al niño a la racionalidad igualitaria, a la competencia, a la individualización de las tareas y a la jerarquía de los competidores. (idem)

-Theodore Schultz (quien escribe posterior a la segunda guerra mundial, en el marco de la expansión capitalista norteamericana) propone que la educación sea considerada como una "forma de capital", cuantificable y medible que presta un servicio productivo a la sociedad, enmarcándose en la economía de la educación. (4)

Dentro del materialismo histórico puede ubicarse a diferentes autores cuyos trabajos se refieren de manera muy especial al papel que juega la escuela en la perpetuación y mantenimiento del statu quo. Lo social y lo político, estarán en consecuencia siempre presentes en estos autores.

En este trabajo haremos referencia a aquellos teóricos marxistas que contribuyen a esclarecer el papel que juega la educación en la sociedad capitalista, por lo que omitiremos a todos aquellos pensadores que elaboran propuestas específicas para la educación en la sociedad capitalista.

-Para Althusser, la educación es el más importante de los Aparatos Ideológicos del Estado, cuya función junto con el Aparato Represivo de Estado, es la reproducción de la formación social en su totalidad. Incluye la reproducción de los medios de producción, de las fuerzas productivas y de las relaciones de producción.

La función de las instituciones educativas es doble, pues no se limita a enseñar las habilidades necesarias a la producción, sino que extiende su influencia hasta la inculcación ideológica -la ideología dominante-. La reproducción del sometimiento ideológico es la base de la reproducción de la fuerza de trabajo y de las relaciones de producción dominantes, ya que aquella reproducción es la que asegura ésta.

Para que la reproducción pueda realizarse con un máximo de efectividad, su carácter fundamental debe permanecer oculto, para lo cual la ideología debe presentar a la escuela como un medio neutro, carente de ideología, "laico", en el que sólo se transmiten conocimientos "científicos" y normas y valores "eternos" y válidos para todos. (5)

En tanto el sentido de los Aparatos Ideológicos del Estado hay que buscarlo en la lucha de clases (la necesidad de la clase dominante de perpetuar su dominio sobre las clases dominadas y de afianzar y perpetuar las condiciones de explotación, así como la reproducción de esas condiciones); la crisis de la educación debe verse como consecuencia de una crisis más amplia situada al nivel de la lucha de clases. (idem)

-Para Pierre Bordieu los contenidos educativos son arbitrarios culturales; arbitrarios por el hecho de que no pueden ser deducidos de ningún principio; son contrucciones sociales a las que se ocultan las referencias sociales e institucionales que presentan el contenido y a la institución que lo transmite como legítimo; en la educación se une la arbitrariedad del contenido impuesto, esto es lo que constituye la "violencia simbólica" que caracteriza toda acción pedagógica. (6)

Las teorías clásicas de la educación tienden a disociar la función de la reproducción cultural, inherente a todos los sistemas educativos, de su función de reproducción social. Se basan en la suposición implícita de que las diferentes acciones pedagógicas efectuadas por las familias de las diferentes clases sociales, como también la efectuada por la escuela, trabajan conjuntamente y en armonía para transmitir una herencia cultural considerada como la propiedad no dividida de toda la sociedad. Pero de hecho, la herencia de toda la riqueza cultural sólo le pertenece a aquellos que están dotados de los medios para apropiársela. El sistema educacional contribuye a la reproducción de la estructura de poder y de las relaciones simbólicas entre las clases. (idem)

-Para Henry Giroux los mecanismos de reproducción social y cultural nunca son completos y siempre se enfrentan con elementos parcialmente realizados de oposición. Las escuelas representan espacios de contestación marcados por las contradicciones ideológicas y estructurales de los distintos grupos sociales que acceden a ellas. Las culturas dominadas también se autorreproducen. (7)

Si bien no existe una teoría social de la educación, acabada, que la explique en su complejidad, los aportes de estos autores han sido muy importantes para su comprensión, particularmente los de Giroux y Bordieu.

Consideramos que todo proceso educativo es social y, en este contexto concebimos la educación como una tarea teórica y práctica que supone un proyecto de hombre y sociedad elaborado dentro de un marco de referencia compuesto por valores. (8)

## 1.2 ESTADO, EDUCACION E IDEOLOGIA.

Dentro de los críticos marxistas, es quizá Gramsci, el que mejor ha señalado el papel del Estado y su conformación en la sociedad capitalista.

Para Gramsci, el Estado es " el conjunto de actividades prácticas y teóricas por medio de las cuales un determinado grupo social realiza su Hegemonía sobre el resto de la sociedad. El grupo social hegemónico puede estar compuesto por una sola clase o fracción de clase, o por varias clases o fracciones de clase".  
(9)

Según Gramsci, el Estado cumple con una función pedagógica o formativa del Estado. Es decir, en el ejercicio de su hegemonía, - la dirección política, intelectual y moral del dominio político y económico que ejerce una clase social sobre toda la sociedad -, combina fuerza y consenso para crear una nueva civilización y una moral adecuadas a las necesidades de desarrollo de la estructura económica y por consiguiente por los intereses de las clases dominantes. Los elementos del consenso corresponden especialmente a la Sociedad Civil y los de la fuerza a la Sociedad Política.

"El Estado está formado por dos planos superestructurales que designan el espacio social donde se realiza la hegemonía de un grupo social. La sociedad política corresponde al dominio directo que se expresa en el Estado-Gobierno; está constituido por el aparato coercitivo del Estado y es el instrumento para adecuar la Sociedad Civil a la estructura económica. Por su parte, entre la estructura económica y la Sociedad Política se ubica la Sociedad Civil, que corresponde a la dirección de un

determinado grupo social sobre toda la sociedad, expresada en las organizaciones llamadas privadas, y es el ámbito en el que el Estado desarrolla sus funciones pedagógicas de tipo positivo, a través de las cuales tiende a crear un nuevo tipo o nivel de civilización. La Sociedad Civil constituye el contenido ético del Estado. Mientras el Estado es el lugar de la unidad histórica de las clases dirigentes, las clases subalternas tienen su lugar histórico en la Sociedad civil". (10)

La sociedad civil puede ser considerada bajo tres aspectos:

a) Como ideología de la clase dirigente, en tanto abarca todas las ramas de la ideología, desde el arte hasta las ciencias, pasando por la economía, el derecho, etc.

b) Como concepción del mundo difundida entre todas las clases las clases sociales a las que liga de este modo a la clase dirigente, en tanto se adapta a todos los grupos; se ahí sus diferentes grados cualitativos: filosofía, religión sentido común, folklore;

c) Como dirección ideológica de la sociedad, se articula en tres niveles esenciales: la ideología propiamente dicha, la "estructura ideológica" -es decir, las organizaciones que crean y difunden la ideología- y el "material ideológico", es decir los instrumentos técnicos de difusión de la ideología (sistema escolar, medios de comunicación de masas, bibliotecas, etc.).

(11).

Gramsci distingue en el seno de la estructura ideológica las organizaciones encargadas de la difusión de la ideología de aquellas que incorporan a su actividad cultural una "fracción cultural". Los organismos culturales son: la iglesia, la organización escolar y los organismos de prensa. (12)

La relación del Estado con la educación, encuentra su más clara relación en la conformación del Estado "amplio" que abarca progresivamente los elementos de la Sociedad Civil. Es decir, en la fase de consolidación de la Hegemonía, en la que el consenso se torna más importante que el dominio.

De esta manera, la educación se convierte en un elemento fundamental para el Estado en función de:

- a) La creciente necesidad de un control mayor para elevar el nivel técnico-cultural de la población, respondiendo así a las exigencias del desarrollo de las fuerzas productivas.
- b) La necesidad de unificar la ideología difundida por las organizaciones de la Sociedad Civil.

Respecto a la forma que adopta la educación en su importante función en la conservación y reproducción del sistema social en su conjunto, Althusser menciona la necesidad que tiene la Escuela de aparecer como un medio "neutro", ajeno a "cargas ideológicas", en el que solamente se transmiten conocimientos "científicos" "universalmente válidos".

Bourdieu profundiza más, al señalar que las condiciones de ocultación de la realidad objetiva que el sistema de enseñanza encubre, se dá por medio de la institucionalización de la autoridad pedagógica en el medio escolar, la cual produce una autoridad específica que es la autoridad escolar. El sistema de enseñanza consagra a todos sus agentes como dignos de transmitir lo que transmiten; la institución otorga al discurso profesoral una "autoridad estatutaria" que lleva a los individuos institucionalizados a aceptar el discurso sin preguntarse por las condiciones de su elaboración ni por su valor. De esta manera, la acción pedagógica queda legitimada y su significado permanece oculto.

De aquí se deriva un concepto muy importante: el de la autonomía relativa. "La libertad concedida al sistema de enseñanza -su 'autonomía relativa'- es la mejor forma de lograr que se sirva a la perpetuación de las relaciones de fuerza entre las clases...". (13)

Giroux (14) se opone a la totalización de la teoría de la reproducción según la cual las clases dominadas lo son, sin mediar intentos de resistencia a esa dominación.

Para Giroux, si bien las escuelas tienen autonomía relativa no es en función exclusivamente de la dominación, sino que "...proporcionan espacios para un comportamiento y una enseñanza contestataria y representan una fuente de contradicciones por lo que, en ocasiones, serán disfuncionales los intereses materiales e ideológicos de la sociedad dominante...", no son meramente instituciones económicas, son también espacios políticos,

culturales e ideológicos que existen de alguna manera en forma independiente de la economía capitalista de mercado. Por supuesto que operan dentro de los límites establecidos por la sociedad pero funcionan en parte para influir y conformar esos límites sean estos económicos, ideológicos o políticos.

"Las culturas subordinadas, sean de la clase trabajadora o de otros grupos, comparten momentos de autorreproducción; son contradictorios por naturaleza y llevan la marca, tanto de la resistencia como de la reproducción; se forjan dentro de los condicionamientos conformados por el capital y sus instituciones como las escuelas, pero las condiciones dentro de las cuales estos condicionamientos funcionan, varían de escuela a escuela y de vecindad a vecindad" (idem).

El autor precisa que "...no todo comportamiento de oposición tiene un significado radical ni una respuesta clara a la dominación... En algunos casos los estudiantes pueden ser totalmente indiferentes a la ideología dominante en la escuela con sus respectivas recompensas y demandas; su comportamiento en la escuela puede estar alimentado por imperativos ideológicos que expresan intereses que muy poco tienen que ver con la escuela directamente. La escuela simplemente se convierte en el lugar en el que la naturaleza opositora de esos intereses se expresa (15).

Esta posición resulta sumamente importante, en la medida que permite esclarecer -al menos parcialmente- algunos de los problemas socioideológicos de las escuelas. Asimismo, cobra particular importancia en el caso de las universidades, como veremos más adelante.

A continuación, para concluir esta exposición haremos algunas precisiones respecto al concepto "ideología".

Gramsci maneja la "ideología" como concepto epistemológico, es decir, un tipo especial de "falsa conciencia" donde la falsedad es ocultada por motivos provenientes de las relaciones sociales.

Pereyra (16), diferencia el concepto epistemológico - definido en el párrafo anterior-, del concepto sociológico de ideología.

Para el autor, el concepto sociológico "describe la relación existente entre el discurso, sin importar la verdad o falsedad del mismo y sus usuarios (receptores o emisores) en virtud de los propósitos y aspiraciones de una clase o grupo social, históricamente condicionados por el lugar que esa clase o grupo ocupa respecto al poder y conjunto de relaciones sociales."

Esta diferenciación, resulta de suma utilidad para la comprensión de un trabajo, ya que evita confusiones al respecto.

Para efectos de este trabajo, el concepto "ideología" aparecerá en sus dos interpretaciones, las cuales serán señaladas oportunamente.

El concepto de "ideología dominante" se fundamentará en la interpretación epistemológica de "ideología"; es decir, una forma de "falsa conciencia" producto de las relaciones sociales capitalistas, en la que predomina y es difundida la concepción del mundo de la clase dominante.

### 1.3. EL PROBLEMA GENERAL DE LA EDUCACION MEDICA.

Las necesidades sociales de la formación médica son heterogéneas pero responden fundamentalmente a las necesidades de salud prioritarias para cada sociedad. A su vez, estas necesidades tienen expresión política en tanto lucha de clases.

En la formación económico-social capitalista, la burguesía prioriza como necesidades de salud, aquellas que le permiten consolidarse y ejercer su hegemonía. Asimismo, tienen una expresión ideológica, ante la necesidad de la clase dominante de reproducir sus conceptos de salud, atención médica, etc.

Las necesidades de los sistemas de atención médica son los de la práctica médica hegemónica, por tanto la formación de recursos humanos, su cantidad y calidad está mediada por los servicios de salud, en tanto parte específica de la práctica médica.

Dentro del campo de la educación superior, , la educación médica tiene características especiales, en tanto requiere, además del sistema de educación, el sistema de atención médica. Asimismo, aunque se menciona que existe una relación dialéctica entre el sistema de atención médica y el sistema de educación médica, consideramos que es el sistema de atención médica el determinante principal de la educación médica.

Los niveles en los cuales se hace patente la determinación del sistema de atención sobre el de educación médica son:

- "La adopción de un cierto currículum en respuesta a la demanda cualitativa de las instituciones asistenciales por un tipo de personal médico.

- "La capacidad del sistema asistencial para hacer o no viables las propuestas del sistema educativo.

- "El hecho de que el sistema de atención médica imprime sus modalidades específicas a los programas educativos, al proveer los espacios de práctica clínica". (17)

Estos tres niveles resultan particularmente claros en los casos del internado rotatorio de pregrado y servicio social; así como la mayor parte de la educación médica de posgrado, que queda prácticamente controlada por las instituciones asistenciales.

Otros elementos que influyen en la educación médica -en forma indirecta- son los avances de la ciencia y la tecnología en el área de la medicina.

El sistema de atención médica y el sistema de educación médica, en tanto formas sociales de organización, responden a determinaciones sociales más generales. En una sociedad caracterizada por profundas contradicciones sociales en función de relaciones de dominación, un elemento juega un papel fundamental en la determinación de estos dos sistemas: el Estado. Más aún, en algunos casos, la determinación esencial proviene de otros países, como expresión de su expansión imperialista.

En el caso de América Latina, ha sido decisiva la influencia estadounidense en las formas de atención y educación médicas. Sin embargo, dicha influencia no se dá a manera de reflejo de lo que sucede en los Estados Unidos; más bién se trata de lineamientos generales, que cobran características particulares en los diferentes países de acuerdo a sus condiciones socioeconómicas, políticas e idelógicas en un momento dado, y que tienen como denominador común, las necesidades del desarrollo capitalista.

En el período que vá desde finales del siglo XIX hasta los años 30, se consolida en Estados Unidos la práctica médica hegemónica, basada en la visión biológica individual de la enfermedad. (18)

A partir del informe Flexner, la atención médica se centra en la atención hospitalaria. Las principales propuestas del informe Flexner son:

- La separación del conocimiento en ciencias básicas.
- La educación clínica en el espacio hospitalario como práctica hospitalaria.
- La integración de las escuelas de medicina a los hospitales.
- Mayor peso al conocimiento clínico.

El informe Flexner, influye el desarrollo de los grandes centros hospitalarios de América Latina.

El período que abarca entre 1930 y 1950 "...significa para América Latina en el campo de la salud, el ascenso de la atención médica en su camino hacia el predominio del saneamiento y otras prácticas que habían sido dominantes en el período anterior, y

para los Estados Unidos, el afianzamiento de la hegemonía de la atención médica. En ambos casos, el hospital ha de ser el símbolo y espacio privilegiado de esta hegemonía". (19)

La formación de recursos humanos, responde a una gran división interna del trabajo y al surgimiento de nuevos aparatos y técnicas.

En América Latina, este periodo se caracteriza por la concentración y especialización. La concepción implica la integración de la enseñanza con la práctica hospitalaria "moderna", es decir, científica y altamente especializada.

Después de finalizada la segunda guerra mundial, la conferencia de Colorado Springs en 1952, implicó una ruptura en las formas de enseñanza de la medicina, apareciendo, en forma muy importante, las actividades preventivas y los laboratorios comunitarios. En las escuelas de medicina se crean los departamentos de medicina preventiva y salud pública. Asimismo, la organización curricular por asignaturas es cuestionada, dando paso a las propuestas de organización curricular por "bloques" o "unidades".

Todos esos cambios respondieron a una política general de "modernización" generada en los Estados Unidos para América Latina, misma que bajo una visión desarrollista de la sociedad, vé surgir propuestas de planificación entre las que destacan la integración del sistema educacional con el de la atención médica como elemento fundamental para promover el desarrollo global de la sociedad. (20)

La crisis fiscal iniciada en América Latina en la década de los sesenta, determina que el Estado busque aumentar la eficiencia del sector estatal. Se introduce la tecnología educativa para la formación de recursos humanos a bajo costo.

Hacia la década de los setenta, la educación superior cambia de orientación al surgir la necesidad de integrar la educación con el trabajo y las necesidades de la población; se inicia así un programa de desconcentración de la educación superior.

Lo anterior coincide con las políticas de extensión de cobertura de la atención médica bajo la llamada atención primaria, para lo cual se impulsa la formación de recursos humanos técnicos y auxiliares, cuya finalidad responde, además del abatimiento de costos, a la extensión del espacio de medicalización de la sociedad, como parte del control ideológico y político de la misma, especialmente en las áreas marginadas.

En este marco, se dictan para América Latina las siguientes recomendaciones:

- a) Adaptación de la educación a las necesidades del empleo, considerando que el desempleo tiene un origen cualitativo.
- b) Racionamiento de la educación secundaria y superior como reacción al desempleo de los educados.
- c) Planes no formales como programas paralelos u opcionales de la educación formal, a manera de abaratar los costos.
- d) "Ruralización" de las escuelas convencionales como parte de una política de empleo y desarrollo rural. (21)

En la década de los ochenta, en el marco de la crisis económica y sus repercusiones sociopolíticas en América Latina, se publica un informe de la Asociación de Escuelas Médicas Norteamericanas. (22)

En este documento se menciona que para América Latina, en virtud de:

-La restricción cada vez mayor del gasto público en salud (y en toda clase de inversiones "sociales" tales como educación, vivienda, etc.),

-El retroceso en cuanto a medicina preventiva y atención médica de primer nivel,

-A la priorización de los servicios de atención médica de segundo y tercer niveles de atención, las tendencias en cuanto a servicios de salud y atención médica son:

- a) Énfasis en la atención médica hospitalaria, dirigida solamente a determinados grupos de la población.
- b) Uso de tecnologías químicas, mecánicas y electrónicas en la prevención y el tratamiento de las enfermedades.
- c) Derivado de lo anterior, la necesidad de formar médicos de alto grado de especialización.

La repercusión de estas tendencias sobre la formación de recursos humanos para la salud, será determinante tanto en la calidad como en la cantidad de los mismos, variando en relación a las políticas en salud y educación adoptadas, y características particulares de los países que las apliquen.

En la actualidad, la práctica médica hegemónica está representada por la medicina hospitalaria altamente especializada. La presencia e importancia de otras prácticas médicas varía de un país a otro, determinadas por sus particulares condiciones socioeconómicas y políticas, principalmente la correlación de fuerzas a su interior.

La mayoría de los currícula de las instituciones de educación médica también contemplan en sus contenidos como práctica principal a la medicina hospitalaria altamente especializada.

Por último, si bien la influencia estadounidense en América Latina ha sido muy importante, también ha sido y es muy importante la búsqueda de alternativas propias que pretenden responder objetivamente a nuestras realidades.

#### 1.4. EL ESTADO, LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN Y DE ATENCIÓN MÉDICA EN MÉXICO.

El Estado mexicano ha sido el principal actor en el desarrollo de los servicios de atención médica en México. Su creciente participación en salud ha respondido principalmente a intereses del Estado, mediados por la lucha de clases.

La participación del Estado en las universidades es un hecho que ha cobrado distintas formas en diferentes momentos históricos.

El desarrollo de los servicios de atención médica y el de las instituciones de educación médica no han sido paralelos, ni han respondido a un proceso de planificación, lo que ha derivado en grandes problemas. Quizá el más importante sea el del mercado de trabajo médico.

En función de que la formación de médicos requiere del sistema de atención médica y del sistema de educación médica, a continuación expondremos, en términos generales, el desarrollo de las instituciones de atención médica en México y, posteriormente, el desarrollo de las instituciones de educación médica para obtener un panorama general de la problemática de la educación médica en la actualidad en nuestro país.

##### 1.4.1 EL ESTADO Y LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN MÉXICO

La mayor parte de la participación del Estado en asuntos de salud, se limitó hasta principios del siglo XX a funciones de control sanitario y vigilancia de brotes epidémicos.

El espacio predominante de curación médica estaba en los consultorios y hogares de los enfermos. Fué hasta la creación del Hospital General de México, en 1906, cuando la medicina empezó a hacerse una profesión hospitalaria.

En 1917 la salud es oficialmente reconocida como campo específico de la intervención estatal, con un estatuto, un espacio de acción y un arreglo orgánico propios. (23)

Durante esta fase, la atención médica adquiere una franca preponderancia sobre la salubridad, en términos de la participación del Estado en la producción de servicios de salud. El hospital empieza a convertirse en el centro de desarrollo de un trabajo médico cada vez más especializado.

En este período el IMSS tiene un crecimiento relativamente lento. Se creó el internado rotatorio de pregrado para cubrir los nuevos requerimientos ante la expansión hospitalaria. En 1942 al iniciarse el crecimiento hospitalario en México, se creó el primer programa de internado de posgrado en el Hospital General de México y, en 1945 en el IMSS.

El período que vá de 1958 a 1969 se caracteriza por una notable ampliación de la participación del Estado en la producción de servicios médicos. Lo anterior como un cambio en la política laboral del Estado ante intensos conflictos sociales.

En 1958 hubo 740 huelgas, incluyendo las de los ferrocarrileros, telegrafistas y maestros.

Es el inicio de la consolidación de la seguridad social como la forma más importante de participación del Estado en la producción de servicios médicos. En 1946 el IMSS tenía ya como derechohabientes el 17% de la población total del país.

La asistencia pública presenta incrementos considerables en su número de establecimientos, fundamentalmente aquellos ubicados en localidades rurales y suburbanas, principalmente a través de sus dos principales instituciones en el país: la SSA y los servicios médicos del DDF. Los servicios que prestan son principalmente contacto primario y urgencias y se dirigen a la población marginada fundamentalmente.

En 1960 la Antigua Dirección de Pensiones Civiles se transforma en el ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado). La expansión de esta Institución en la década de los sesenta es impresionante. De 1966 a 1969 se dió un incremento de más del 200% en el número de hospitales subrogados.

En el período que abarca de 1967 a 1979, el crecimiento de las instituciones estatales de atención médica se transforma de manera considerable, ya que se introducen modificaciones importantes en las formas y ámbitos de desarrollo de sus programas de atención médica.

El período que vá de 1917 a 1943 se caracteriza por una relativa inmovilidad de las estructuras y funciones de salud del Estado mexicano, enmarcada en continuos enfrentamientos armados y el incipiente desarrollo de las fuerzas productivas.

En 1937 el presidente Lázaro Cárdenas crea un organismo independiente del Departamento de Salubridad Pública, el Departamento de Asistencia Social Infantil, mismo que, aunque tenía rasgos de beneficencia, seis meses después intentó cubrir la asistencia pública de la totalidad de los habitantes.

En 1943 se fusionan la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública para formar la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Esta primera expansión de la acción sanitaria y asistencial del Estado, estuvo fundada en la lógica de legitimación del régimen revolucionario. El hospital, aunque con una presencia creciente, seguía desempeñando un papel secundario.

En cuanto a la seguridad social, sus antecedentes se remontan al siglo XIX pero cobran importancia hasta 1928 en que se crean tres sistemas de pensiones: para empleados federales, para militares y para maestros de escuelas federales. Fue hasta la década de los cuarenta cuando el presidente Lázaro Cárdenas formula y expide un proyecto de Ley del Seguro Social que se concreta en 1943 en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

El IMSS distaba mucho del proyecto original y además ocurrió en momentos de gran actividad del movimiento obrero. La Ley del seguro social junto con el liderazgo de las principales centrales obreras y la represión abierta, constituyó un método de control cuyo resultado inmediato fue una marcada disminución en el número de movimientos huelguísticos entre 1945 y 1946.

El período que vá de 1943 a 1958 se caracteriza por una fuerte tendencia hacia la especialización como forma dominante de organización para la producción de servicios médicos al crearse los institutos y hospitales de especialidad. En 1943 se funda el Hospital Infantil de México, en 1944 el Instituto Nacional de Cardiología y en 1946 el Hospital de enfermedades de la Nutrición.

La seguridad social disminuye su acelerada expansión, sobre todo en la construcción de hospitales.

El IMSS mantuvo casi constante el número de unidades médicas con camas.

El ISSSTE, aunque incrementó el número de derchohabientes, sólo se añadieron nueve hospitales propios y setenta y seis subrogados.

La SSA presentó un crecimiento muy pequeño en el número de camas.

El período que vá de 1979 a 1982 se caracteriza por la consolidación de un programa de extensión de cobertura con base en la atención primaria. En mayo de 1979 se firmó un convenio entre el IMSS y COPLAMAR para conformar un nuevo programa denominado Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria. Este programa retomó los programas de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud al Medio Rural y Suburbano (FEC) y el Programa Comunitario Rural (PCR) ambos de la SSA iniciados en 1977. (24).

A finales de 1980 estaban en operación 2104 unidades médicas y 41 clínicas-hospital de campo. Se declaraba cubrir una población de 14 millones en Diciembre de ese año. (25)

A pesar de la extensión de la atención primaria, el hospital continúa siendo el espacio privilegiado de la atención médica.

La extensión de cobertura respondió a la necesidad del Estado de legitimarse ante la agudización de la crisis económica, así como para controlar grupos de potencialmente conflictivos para el régimen.

El periodo que va de 1982 a 1986 se caracteriza por un nulo crecimiento de la seguridad social en cuanto al número de camas, no así el número de derechohabientes, que nominalmente se incrementa. La agudización de la crisis fiscal del Estado cambia su política en materia de salud, al disminuir el presupuesto real a este rubro y promover políticas de descentralización. Algunos autores (26), mencionan como tendencia el retroceso en cuanto atención primaria, y atención médica predominantemente hospitalaria dirigida a aquellos sectores de la población que puedan pagar sus servicios o sean prioritarios para el Estado y el sector productivo.

#### 1.4.2 EL ESTADO Y LA EDUCACION MEDICA EN MEXICO.

La educación médica en México ha sufrido en el transcurso de este siglo cambios importantes en todos sus ámbitos. Estos cambios se encuentran en íntima relación con la transformación de los servicios de atención médica en la práctica médica mexicana. (1925: salud pública; 1940-43: servicios médicos a trabajadores; 1970-75: servicios médicos a marginados urbanos y campesinos). (27).

Asimismo, fenómenos como la extensión de la educación superior y la orientación de los planes de estudio responden a las características de los procesos sociales en un momento dado. (28).

Un ejemplo lo constituye la creación del internado de pregrado y posgrado en el país en una etapa de rápida expansión de las unidades médicas hospitalarias en la década de los cuarenta.

La matrícula de medicina de la UNAM se mantuvo casi constante de 1958 a 1967 a pesar del incremento notable de unidades hospitalarias. El 61% de los médicos graduados y el 56 % de los estudiantes del país pertenecían a la UNAM. Durante ese período sólo se crearon dos nuevas escuelas de medicina (la cifra más baja de 1950-1980). Ante la necesidad de recursos humanos disponibles de inmediato, se establece en forma definitiva el internado rotatorio de pregrado en 1962. También en ese año el IMSS extendió la remuneración de sus pasantes en servicio social a un año. La intervención del Estado para consolidar la medicina

hospitalaria y la especialidad generó un cambio en el campo médico profesional entre la medicina privada liberal y la medicina hospitalaria. (29)

En 1959 la UNAM aprobó un nuevo plan de estudios, que, aprobado definitivamente en 1960, asumió plenamente el estudio especializado de cada órgano y sistema, además de incorporar al internado rotatorio de pregrado concebido como un adiestramiento para el trabajo hospitalario.

Hacia la década de los setenta, en México se dá un rápido crecimiento de la educación superior, con el incremento en el número de Escuelas de Medicina en todo el país y el número de estudiantes en ellas.

En el período de 1970-1980, el número de planteles de duplica en tanto el número de estudiantes se triplica. (30)

Esta expansión constituye una respuesta del Estado ante la necesidad de recuperar legitimidad social y enfrentar la crisis del capitalismo. "Frente a las presiones de la población económicamente activa y la reducción de las fuentes de empleo, el crecimiento de la educación superior y técnica se convierte en un paliativo, mientras los sectores medios urbanos de la población presionan por la apertura de instituciones educativas como consecuencia parcial del plan de once años". (31)

Como resultado de esta expansión, y de la agudización de la crisis fiscal del Estado, se incrementó el desempleo de los educados y la respuesta fué una política de reducción drástica de la matrícula en Medicina.

En la década de los ochenta, en el marco de la crisis económica y el auge de la atención primaria, se formulan y aprueban planes de estudio que pretenden vincularse a esta política de salud.

La expansión de la educación superior, generó una profunda problematización de la enseñanza centrada en la temática curricular y la relación de la educación superior y la sociedad.

Algunas propuestas importantes se centran en la perspectiva sociopolítica de la educación, y en formas innovadoras de organización curricular.

#### 1.4.3 PLANES DE ESTUDIO DE LA CARRERA DE MEDICINA EN MEXICO.

Hoy día, los planes de estudio de la carrera de medicina en México, presentan profundas diferencias en las formas de organización curricular, orientación de los contenidos, tipo de carga académica, etc. (32).

Existen 56 planteles de medicina en todo el país, y 58 planes de estudio. El número de planes de estudio es mayor al de los planteles, en virtud de que algunas escuelas de medicina contemplan simultáneamente dos planes de estudio.

De los 56 planes de estudio, 11 están organizados en forma "modular" y 45 por asignaturas.

De los planes organizados por asignaturas, 83% contiene entre 30 y 61 asignaturas, con límites máximos y mínimos de 38 a 89. Estas diferencias son impresionantes, sobre todo si se toma

en cuenta que están formando un mismo tipo de profesional; sin embargo, este fenómeno tiene explicación como se verá más adelante.

En los planes organizados por asignaturas, de acuerdo a la carga académica por asignatura, se observó que predominan las materias de tipo clínico con un 57.2%; 19.1% de asignaturas sociomédicas y 38.2% de asignaturas biomédicas en promedio. (33).

Sin embargo, existen considerables diferencias en la proporción de estas tres áreas en los diferentes planes de estudio.

Los planes de estudio que mayor porcentaje de asignaturas sociomédicas presentan son: el Centro Biomédico de la Universidad Autónoma de Aguascalientes; la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Hidalgo; y la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Los planes de estudio con mayor porcentaje de asignaturas biomédicas son las siguientes: la Escuela de Medicina de la Universidad de Montemorelos (Nuevo León); la Escuela Nacional de Medicina Homeopática; la Escuela de Medicina de la Universidad Juárez del Estado de Durango.

Los planes de estudio con mayor porcentaje de asignaturas clínicas son las siguientes: la Escuela de Medicina, Unidad Saltillo de la Universidad Autónoma de Coahuila; la Escuela de Medicina en Tijuana. (idem) (Ver anexo No.1)

Cabe aclarar, que un mayor contenido de asignaturas sociomédicas, no necesariamente implica una visión social de la medicina, ya que existen asignaturas como la bioestadística, didáctica y comunicación, administración en salud, etc. en el grupo de asignaturas sociomédicas.

Una revisión general de estos planes permite, independientemente del tipo de carga académica, observar en algunos, tendencia a la medicina comunitaria, en otros, una tendencia a la medicina hospitalaria altamente especializada o una tendencia a la administración de los servicios de salud, y en otros, una mezcla de dos o más tendencias.

La diversidad de los planes de estudio de la carrera de medicina en México, puede explicarse a partir de sus diferentes marcos de referencia. en algunos la aceptación acrítica de modelos y planes de estudio aplicados a otras regiones; en otros, la vinculación con políticas de salud tales como la atención primaria; algunos más orientan sus contenidos a la administración de los servicios de salud, etc.

Lo anterior refleja, que los contenidos de los planes de estudio, no son ajenos a "cargas ideológicas", en tanto que persiguen finalidades específicas de los egresados en la sociedad; es decir, se orientan a diferentes prácticas de la medicina, mismas que cumplen diferentes funciones en la sociedad y que están dirigidas a grupos específicos de población.

Dentro de la diversidad de los planes de estudio, sin embargo, es frecuentes observar, que en su aplicación se minimice a aquellos planes que se orientan a una práctica social de la medicina que no es la dominante.

Un ejemplo de ello, es la marginación de que ha sido objeto el Plan Experimental A-36 (ahora Medicina Integral) de la UNAM. (34).

Para finalizar, concluiremos señalando que la intervención del Estado en el desarrollo y orientación de las instituciones de atención y educación médica en México, ha sido determinante. Esa intervención ha respondido, más que a un proceso de planificación o búsqueda de soluciones reales al problema salud-enfermedad de la población, a un proceso de legitimación del régimen, así como a la búsqueda de control ante conflictos sociales como la presión de las capas medias por el acceso a la educación superior, y la disminución de las fuentes de empleo, entre otros.

Lo anterior ha acarreado graves problemas entre los que se menciona como muy importante, el de la sobresaturación del mercado de trabajo médico y las características de éste; y, en otro sentido, el de la consolidación de la medicina hospitalaria y la especialidad, tanto en el campo de los servicios de atención médica como en la mayoría de los currícula de las escuelas de medicina del país, en detrimento y aún minimización de otras prácticas y planes de estudio que las contienen.

Por último, es conveniente señalar, que pese a la influencia decisiva del Estado en las instituciones de atención y educación médica en Mexico, ha sido, principalmente en momentos de agudización de los conflictos sociales, cuando se ha cuestionado su papel, dando lugar a propuestas importantes que pretenden vincularse a las necesidades reales de salud-enfermedad de los grupos mayoritarios de la población, las cuales han permeado en mayor o menor grado los espacios de intervención del Estado.

### 1.5. RELACION UNIVERSIDAD-SOCIEDAD.

De acuerdo con la línea de pensamiento de críticos marxistas como Bordieu y Giroux entre otros, la universidad debe considerarse como un espacio social poseedor de cierto grado de autonomía del resto de la sociedad, independientemente del papel que juegue esa autonomía en la reproducción o resistencia de las relaciones sociales de dominación.

La universidad se constituye en un espacio privilegiado de enfrentamiento ideológico y confrontaciones internas. Las luchas a su interior, devienen en la expresión particular de conflictos y contradicciones más generales de la sociedad.

Pretender que la universidad es un espacio exclusivamente académico, es un mito, que algunos, hoy día, aún pretenden sostener.

La correlación de fuerzas al interior de la universidad -y muchas veces al exterior de la universidad- determinan en un momento dado, los contenidos de la enseñanza, la metodología de la enseñanza y sobre todo, su orientación respecto a su función en la sociedad.

De ahí la importancia que reviste el control de las universidades por parte del Estado.

En una época de profunda crisis económica, política e ideológica como la que prevalece hoy día en los países latinoamericanos, el control de las universidades se convierte en

prioritaria para el Estado, tanto para sostener la producción de profesionales de acuerdo con los requerimientos del aparato productivo, como para controlar el aspecto quizá más importante: el ideológico.

Las formas en que se ha conceptualizado el hombre, la sociedad y la educación, determinados por los procesos sociales concretos en distintos momentos históricos, han dado lugar a distintas formas de conceptualizar y operacionalizar la relación entre la universidad y la sociedad. Todo esto enmarcado en la lucha de clases tanto interna como externa a la universidad.

A fin de esclarecer algunas formas de vinculación de la universidad y la sociedad, presentaremos en forma esquemática tres formas de vinculación, aclarando que no necesariamente corresponden a formas evolutivas ni acabadas.

El propósito es proporcionar una visión general de las formas de vinculación universidad-sociedad, que se pueden constituir en dominantes en un momento dado y que bien pueden coexistir en una misma formación social.

- a) La universidad "tradicional" o de corte liberal. (aislada)
- b) La vinculación universidad-aparato productivo.
- c) La vinculación universidad-transformación social en beneficio de las mayorías.

a) La universidad "aislada" se encuentra estrechamente ligada al concepto clásico de educación cuya finalidad es el máximo perfeccionamiento a que todo ser humano puede aspirar como individuo. (Ideal expresado por Kant y Stuart Mill). El concepto clásico de educación tiene un carácter eterno y esencialista, donde los valores básicos que la educación debe desarrollar son visualizados abstractamente, sin vinculación con las condiciones histórico-sociales. (35)

b) La vinculación de la universidad al aparato productivo surge ante el desarrollo del capitalismo (desarrollo de las fuerzas productivas y una creciente división del trabajo) ante la necesidad de personal calificado para el trabajo. La finalidad de la educación cambia para cumplir con objetivos más acordes con el nuevo modo de producción y consolidar la hegemonía de una clase sobre las otras; es decir, la educación constituye un pilar fundamental tanto en el terreno productivo, como en el de la "formación ideológica" para coadyuvar a la reproducción del sistema.

La necesidad de vincular la universidad al aparato productivo ha sido el marco para la transformación de las concepciones pedagógicas que hasta entonces habían prevalecido. Surge un nuevo "pensamiento pedagógico", que fué el contexto en el que se desarrolló la llamada "teoría curricular" que permeó todos los espacios educativos y que aún tiene notable influencia en los países de América Latina.

El nuevo pensamiento pedagógico desarrolló nuevos conceptos sobre evaluación, así como propuestas metodológicas para el diseño de planes y programas de estudio. Las propuestas metodológicas o planteaban la educación como un fin en sí misma, o pretendían vincularla al aparato productivo; problemas como el de "necesidades sociales" o "mercado de trabajo" para la fundamentación curricular, son características de esta corriente.

c) La crisis económica de los países de América Latina, agudizada en la década de los setenta, enmarcada en una profunda crisis político-ideológica, dió lugar a la visibilidad de la educación con fines de dominación política en la sociedad. La agudización de los conflictos sociales derivó, en algunos casos, en importantes participaciones estudiantiles en ellos.

Es a partir de esta década cuando se advierte la intención de la universidad de convertirse en un espacio de reflexión crítica, que llevara a la creación de alternativas de solución a los conflictos y problemas en los que se encontraba inmersa.

En la búsqueda de este nuevo papel de la universidad en la sociedad, se generaron propuestas teórico-metodológicas para la fundamentación, diseño, operación y evaluación de planes y programas de estudio, cuya finalidad última era generar profesionistas, no solamente bien capacitados para ejercer su profesión sino con una formación ideológica y creativa que les permitiera cuestionar críticamente la realidad y su propio quehacer profesional así como proponer alternativas de solución ante los problemas sociales que deberían enfrentar.

Asimismo, se pretendía vincular la universidad con los requerimientos de los "sectores mayoritarios" y no exclusivamente con el sector productivo. Se pensaba que desde la transformación curricular, se podría modificar parcial o totalmente algunas de las características de la práctica profesional.

Actualmente, existe gran producción de materiales bibliográficos sobre el tema de la educación superior, que sostienen algunas de las posiciones que hemos expuesto. Este debate ha cobrado gran importancia en la actualidad ante las características socioeconómicas y políticas de nuestros países, por lo que deberemos mencionar, que la lucha se centra, en la mayoría de los casos, en justificar teorías "científicas" de la educación en la que ésta se despoje de todo carácter político e ideológico.

Por último, haremos dos consideraciones: la universidad, aún asumiéndola como "aislada" no puede sustraerse a los acontecimientos de su entorno social y de su coyuntura histórica. Independientemente del carácter y forma que adopte siempre existirá un vínculo de la universidad con otras instancias de la sociedad.

Consideramos que la estructura que define el vínculo entre la universidad y la sociedad es el currículum, de ahí la importancia de los criterios en que se fundamenta, diseña, opera y evalúa.

## 1.6 EL ESTADO Y LA RELACION UNIVERSIDAD SOCIEDAD EN MEXICO.

La política del Estado en relación a las universidades, ha sido determinada principalmente por las políticas sexenales de cada gobierno y por la situación socioeconómica del país en determinados momentos.

La participación del Estado en las universidades, aunque es un fenómeno que se puede constatar por diversos hechos desde hace varias décadas, ha sido más importante a partir de la década de los cincuenta, particularmente a partir de la década de los setenta. Es en esta última década cuando el Estado pretende vincular estrechamente la universidad a los requerimientos del aparato productivo.

Cabe mencionar, que si bién el Estado mexicano presenta sus planes y propuestas para el desarrollo universitario, estos son captados con diferentes significados y diferentes grados por las universidades: ello en función de la autonomía universitaria que permite a las universidades en un momento dado, aceptar o rechazar las propuestas estatales. Asimismo, la autonomía universitaria se constituye en un problema para la planificación desde el Estado. (36)

La correlación de fuerzas al interior de las universidades, las ideologías, tendencias e intereses, en el marco de la autonomía son los elementos que actúan para aceptar o rechazar las propuestas gubernamentales.

El Estado busca, asimismo, presionar con el presupuesto a las instituciones universitarias, al apoyar aquellos planes y proyectos que corresponden a sus planes más generales. Este último hecho ha obligado a cuestionar en la actualidad, la autonomía universitaria. (37)

A continuación expondremos los puntos principales y algunas de las motivaciones centrales de los planes gubernamentales para la educación superior en los dos últimos sexenios, con la finalidad de obtener una visión general, que permita la comprensión de la situación actual de la educación superior, en relación a los planes gubernamentales del presente sexenio.

a) El Plan Nacional de Educación Superior. (1979-1982).

El eje estructurante de este discurso es la vinculación de la educación superior y desarrollo. El plan se estructuró a partir de dos objetivos generales:

-Consolidar un sistema de educación superior capaz de contribuir al progreso económico, social y cultural, científico y tecnológico del país, a través de la superación académica, del uso eficiente de los recursos y de la vinculación de sus programas con los problemas nacionales.

-Elaborar planes y programas institucionales, estatales, regionales y nacionales, a fin de promover el mejoramiento de la educación superior y contribuir a la adecuación de este nivel educativo a los requerimientos del desarrollo del país. (38)

De estos objetivos se deriva la intención de vincular la universidad al aparato productivo, y es a partir de aquí como se puede entender la búsqueda de adecuación de la educación superior a las llamadas necesidades de la sociedad.

"La concepción que subyace a esta política modernizadora parte de algunos supuestos de la teoría del capital humano y de una concepción funcionalista de la sociedad, según los cuales, las inversiones en educación que un país realiza, repercuten en el crecimiento económico y en la movilidad social. De ahí que una universidad "tradicional", desvinculada de los procesos económicos, formadora de profesionistas que no requiere el desarrollo, y disfuncional en términos generales a la sociedad, tenga que ser modificada, y repensada en términos de racionalidad insumo-producto, inversión social y optimización de recursos. De ahí también la necesidad de planificar el desarrollo de la educación superior, partiendo de las exigencias que el desarrollo económico irá planteando en términos de formación de recursos humanos calificados". (39)

Cabe mencionar, que la mayor parte de las universidades mexicanas se basan en el modelo tradicional de corte liberal y que los rasgos que caracterizan este modelo (profesionalismo, organización universitaria en escuelas autárquicas, sustento académico en la cátedra, aislamiento de la realidad social, espontaneísmo e improvisación) se oponen a todo intento de planeación institucional y de coordinación interinstitucional a nivel regional y nacional. De ahí el interés del Estado por modificar ese modelo en función de las necesidades del desarrollo.

Cuando la crisis hizo perder la vigencia de la prospectiva de crecimiento y desarrollo económico, resultaron alteradas las bases sobre las cuales, la SEP y la ANUIES elaboraron lineamientos de desarrollo de la educación superior.

El problema económico colocó al Estado frente a dos alternativas:

-Racionalizar el crecimiento de la educación superior de acuerdo a criterios de adecuación económica y de disponibilidad de recursos.

-Seguir ampliando este nivel de acuerdo a la demanda social creciente que se viene presentando como consecuencia directa de la expansión de niveles educativos que la preceden y como consecuencia indirecta de la recesión económica. (40)

Las políticas de austeridad para las universidades pusieron de manifiesto muchas de las contradicciones del sistema de educación superior en México: indefinición en torno a propósitos y contenidos; conflictos respecto a la calidad académica; debilidad de la investigación científica y tecnológica; desvinculación entre las universidades y las necesidades sociales; formación pasiva de profesionales; debates internos sobre los vínculos entre el Estado y la universidad; sentido y función de la universidad en una sociedad en crisis, etc. (idem).

De esta forma, el desarrollo económico se manifiesta como problema central del Estado. Es a partir de ello, que en el sexenio 1976-1982, en el marco de una política de modernización basada en el supuesto de una economía sostenida por la creciente

exportación de productos petroleros, se propone vincular la universidad a los requerimientos de un aparato productivo en transición. La educación superior es pensada en términos de utilidad al sector productivo.

La brusca caída de las exportaciones petroleras, dió lugar a la agudización de la crisis socioeconómica del país iniciada varios años antes; y con ello la pérdida de vigencia de los planes gubernamentales para la educación superior en ese sexenio.

El criterio gubernamental implementado, fué el de una política de intensa austeridad para las instituciones de educación superior así como la manipulación de las mismas, a través del financiamiento de aquellos planes y programas que permiten vincular las instituciones de educación superior al aparato productivo. En este contexto se inicia el sexenio 1982-1988.

b) El Plan Nacional de Desarrollo.

Este plan se ubica en el marco de la "crisis más seria que haya enfrentado el país en su historia moderna y en el marco de graves problemas mundiales". (41)

Los enunciados del nuevo plan son principalmente cualitativos y se orientan a superar la crisis. Se trata de un discurso político-ideológico que se sustenta en el mismo modelo de desarrollo seguido hasta ese momento.

El plan denota una continuidad entre la política del Estado hacia la educación superior entre el sexenio anterior y el actual.

El énfasis se pone en la eficiencia y en la calidad, en la racionalidad y la vinculación al aparato productivo.

Además, se intensifica la política de austeridad con una disminución drástica de los recursos a las instituciones de educación superior. Con ello los lineamientos señalados en el PND apuntan a un proyecto de desarrollo de la educación superior, donde se privilegia la calidad sobre la cantidad, sin desconocer la "universidad de masas" (42).

El Estado se torna en el "juez" que a partir de "evaluaciones cualitativas" otorga el financiamiento a las universidades y a aquellos proyectos que interesan a sus propósitos.

Las contradicciones de la educación superior en México, evidenciadas en el sexenio anterior, se agudizan. La búsqueda de alternativas al problema de la educación superior se ha intensificado en los últimos años. En algunos casos para legitimar el cambio en la orientación de contenidos de planes y programas de estudio para vincularlos a las "necesidades sociales", es decir, las necesidades del aparato productivo; y en otros casos, en un espacio de reflexión crítica, buscar alternativas que permitan la ruptura de los modelos dominantes, así como la acción de las universidades vinculadas a los problemas de las clases mayoritarias de la sociedad. También se encuentran propuestas para mantener la universidad "tradicional", como una forma de resistencia al cambio.

### 1.7 LA PROBLEMATICA CURRICULAR.

La búsqueda de un abordaje teórico integral de la educación se ha intensificado a partir de la segunda mitad de este siglo. En el desarrollo teórico de este campo, sobre todo a partir de la década de los cincuenta, se han conjugado múltiples circunstancias entre las que predomina la "visibilidad social" de la educación con fines de dominación política.

De esta forma, el problema curricular a pasado a ser uno de los temas más abordados por investigadores latinoamericanos y también, aunque con otro significado por autores estadounidenses. (43).

Abordar el problema curricular desde cualquier enfoque y en cualquiera de sus dimensiones, implica necesariamente, partir de un objeto al que se le denomina curriculum.

La elección del objeto denominado curriculum trae consigo propuestas metodológicas para su abordaje y cuyos alcances y limitaciones se derivan precisamente de la elección del objeto, la cual, a su vez, es producto de una cosmovisión.

La problemática curricular, desde la elección misma del objeto, se encuentra hoy día inmersa en profundas confusiones. Un ejemplo de ello, es la multiplicidad de definiciones y de metodologías de abordaje del curriculum, y no únicamente de éste, sino del llamado "plan de estudios", "perfil profesional", "práctica profesional", etc.

A continuación mencionaremos las interpretaciones que diversos autores han dado a estos términos para analizarlos con la finalidad de tratar de integrar una definición de currículum que lejos de convertirse en parte contradictoria o aislada de los demás términos, permita integrarlos coherentemente entre sí y con la sociedad, considerando que el currículum es el que establece la ligazón orgánica entre la universidad y la sociedad\*.

#### CURRICULUM.

La noción de currículum tiene su origen histórico en Inglaterra. Es una expresión latina que significa "carrera" y que al traducirse al español, ha sido empleada como sinónimo de "plan de estudios". (44)

A partir de la década de los sesenta, con el desarrollo del diseño curricular como especialidad pedagógica en los Estados Unidos de Norteamérica, se le empieza a dar un significado más amplio a la noción de currículum separándola de la de plan de estudios y considerando a éste una parte de aquél.

Díaz Barriga-Arceo y col. (45), hacen referencia a varias interpretaciones de currículum que consideramos conveniente transcribir.

---

\* Al referirnos al currículum en este trabajo, lo haremos específicamente en relación a la universidad, y dentro de esta a la formación médica.

a) El curriculum comprende "una declaración de finalidades y objetivos específicos, una selección y organización del contenido, ciertas normas de enseñanza-aprendizaje y un programa de evaluación de resultados" (H. Taba).

b) El curriculum "es el plan que conduce explícitamente un proceso concreto y determinante de enseñanza-aprendizaje que se desarrolla en una institución educativa (...). Es un conjunto interrelacionado de conceptos, proposiciones y normas estructurado en forma anticipada a acciones que se quieren organizar; en otras palabras, es una construcción conceptual destinada a conducir acciones, pero no las acciones mismas, si bien se desprenden de ellas evidencias que hacen posible introducir ajustes o modificaciones al plan". (J. Arnáz). Según este autor, el curriculum se compone de cuatro elementos: a) Objetivos curriculares; b) plan de estudios; c) cartas descriptivas; d) sistemas de evaluación.

c) El curriculum es resultado de: a) análisis y reflexión de las características del contexto, del educando y de los recursos; b) la definición (tanto explícita como implícita) de los fines y objetivos educativos; c) la especificación de los medios y procedimientos propuestos para asignar racionalmente los recursos humanos, materiales, informativos, financieros, temporales y organizativos de manera tal que se logren los fines propuestos. (Arredondo).

d) El currículum "es la síntesis instrumental mediante la cual se seleccionan, organizan y ordenan, para fines de enseñanza, todos los aspectos de una profesión que se consideran social y culturalmente valiosos y profesionalmente eficientes. Está representado por el conjunto de objetivos de aprendizaje operacionalizados, convenientemente agrupados en unidades funcionales y estructurados de tal manera que conduzcan a los estudiantes a alcanzar un nivel universitario de dominio de la profesión, que normen eficientemente las actividades de enseñanza-aprendizaje que se realizan bajo la dirección de las instituciones educativas responsables y permitan la evaluación de todo el proceso de enseñanza". (Glazman y de Ibarrola).

e) El currículum " es un documento diseñado para ser usado como punto de partida para la planeación instruccional". (Beauchamp)

f) "...el currículum es una serie estructurada de resultados esperados (deseados) de aprendizaje, que prescribe (o al menos anticipa) los resultados de la enseñanza y no establece los medios o sea las actividades, los materiales, o aún el contenido de enseñanza que se empleará para lograrlos. En otras palabras: el currículo indica lo que será aprendido, no porqué ni cómo deberá aprenderse". (Johnson, Jr.)

g) El currículum es un proceso dinámico de adaptación al cambio social en general y al sistema educativo en particular "...como un producto derivado de un proceso dinámico de adaptación al cambio social y al sistema educativo". (Díaz Barriga-Arceo y col.)

Hasta aquí, en términos generales podemos decir que dentro de las definiciones dadas, los autores se pueden agrupar en:

- Aquellos que consideran el curriculum como sinónimo de diseño curricular, entendiendo por diseño curricular "... la organización y estructuración de fases y elementos para la solución de problemas; en este caso diseño curricular se entenderá como el conjunto de fases y etapas que se deberá contemplar para diseñar el curriculum". (46) En este grupo ubicamos a Arredondo.

- Aquellos que consideran el curriculum como sinónimo de plan de estudios. En este grupo podemos ubicar a Glazman y de Ibarrola, así como a Moreno y de los arcos (47).

- Los que definen el curriculum a partir de la composición de sus elementos internos.

- Aquellos que consideran el curriculum como sinónimo de objetivos de aprendizaje. En este grupo ubicamos a Beauchamp y Johnson Jr.

- Los que consideran el curriculum como base para la planeación de la enseñanza. En este grupo ubicamos a Beauchamp.

No es difícil observar, en estas definiciones un espíritu empirista que las permea, reflejo de una cosmovisión positivista, en que la teoría es una representación a posteriori de la realidad reflejada en los datos empíricos observables.

Los avances en la comprensión de las relaciones y determinaciones de "lo social", lo "político", lo "económico", y lo "ideológico" en la educación, han obligado a desarrollar la noción de currículum sobre la búsqueda de bases teóricas que den cuenta del proceso educativo y sus determinaciones más generales, en oposición al empirismo.

La noción "desarrollada" de currículum comprende componentes tales como "modelo educativo", "perfil profesional", etc.

Además comprende otros aspectos relacionados con la transmisión de valores sociales. El respecto Andrade (48), menciona que además de los contenidos explícitos, se transmiten conceptos fundamentales que no necesariamente aparecen explicitados en los programas, llegando tales conceptos implícitos a entrar en contradicción con los que formal y explícitamente se sustentan como fundamentos y propósitos de la enseñanza. En relación a la enseñanza de la medicina refiere que esta suma de ideas o conceptos que en cuanto al ejercicio médico, a la salud y a la enfermedad se transmiten implícitamente constituyen el "marco conceptual de la educación médica", ubicando este concepto en el terreno de la ideología. Otros autores conocen este concepto como "currículum oculto".

Por otra parte, al conceptualizarse la educación en su dimensión social y en estrecha relación con la realidad, se generó una definición de currículum como elemento que define esencialmente la vinculación entre la universidad y la sociedad, además de constituirse en el eje estructurador de las actividades de investigación, docencia, servicio y administración de las instituciones educativas. (49)

Esta última definición, implica partir de un marco conceptual de referencia para la construcción de un proyecto educativo. Esta estructuración conceptual es conocida como "modelo educativo".

#### MODELO EDUCATIVO.

En su sentido más amplio es un marco conceptual de referencia que delimita, en términos muy generales una formulación pedagógica. (50)

En tanto que una aproximación integral a una totalidad, los elementos del modelo educativo complejo son:

- a) Una concepción del hombre, de la institución educativa y de la sociedad.
- b) Una teoría del conocimiento, de la ciencia, del aprendizaje y de la pedagogía.
- c) Una didáctica: un sistema organizacional y lineamientos de operación y de inserción en un medio real. (idem)

Definamos ahora lo que entendemos por modelo: "... es una representación de la realidad que supone un alejamiento o distanciamiento de la misma ... El modelo es un esquema mediador sobre la realidad y el pensamiento, entre el mundo y la ciencia; es el filtro de la información que buscaremos en la realidad, una estructura en torno a la que organizar el conocimiento, una fuente de hipótesis de investigación, un recurso, en definitiva imprescindible para el desarrollo de la ciencia, provocando la ruptura epistemológica". (51)

Todo modelo tiene dos usos: como fuente de análisis, y como elemento estructurador del conocimiento; sin embargo "... como tal esquema conceptual, no existe modelo que pueda agotar de forma absoluta y definitiva la interpretación de la realidad, debiéndose considerar todo modelo como provisional y aproximativo sin excluir a ningún otro". (idem).

Ahora, es conveniente hacer una diferenciación entre lo que consideramos modelo educativo y modelo pedagógico.

En tanto un modelo es un esquema conceptual, este depende de la concepción del mundo y, en este caso de la concepción de educación. Así modelo pedagógico se refiere a la construcción y ordenación conceptual de los elementos estrictamente pedagógicos que intervienen en el proceso educativo.

Por modelo educativo entendemos una construcción conceptual más amplia de la realidad en función de un proyecto educativo que abarca no solamente los elementos pedagógicos, sino los sociales, ideológicos, etc. correspondiendo de esta manera a la definición dada anteriormente.

A continuación pasaremos a explicitar otros conceptos relacionados con el curriculum.

#### PLAN DE ESTUDIOS.

"Conjunto de contenidos a los que se postula como necesarios y suficientes para lograr determinados objetivos curriculares (aunque estos pueden permanecer implícitos)". (52)

Otra definición proporcionada por Moreno y de los Arcos (53), es la siguiente: "conjunto o total de asignaturas que deben seguirse en un establecimiento de educación o en una facultad o departamento del mismo para obtener un grado".

Consideramos, siguiendo nuestra línea de análisis, que el plan de estudios corresponde a la selección y organización de los contenidos para lograr objetivos previamente elaborados, y que se sustenta o debe sustentar, en un conjunto de elementos conceptuales, rectores de las acciones encaminadas a lograr un proyecto educativo.

#### PROGRAMA DE ESTUDIOS.

Se refiere al esquema de trabajo para las unidades de enseñanza-aprendizaje individuales en el plan de estudios. El programa de estudios se ubica más en el terreno de lo operacional que de lo teórico, en virtud de que los contenidos generales, fueron determinados previamente.

#### PERFIL PROFESIONAL.

Para algunos autores (Arnáz, Mercado, Martínez y Ramírez, y Díaz Barriga) el perfil profesional es la descripción de conocimientos, habilidades y actitudes que conformarán a un profesional después de haber transitado por el sistema de instrucción. (54)

Según Díaz Barriga-Arceo y col. (55), el perfil profesional es "la determinación de las acciones tanto generales como

específicas que desarrolla un en las áreas o campos de acción (emanados de la realidad social y de la propia disciplina) tendientes a la solución de las necesidades sociales detectadas con anterioridad".

Cabe mencionar, que el concepto de perfil profesional surge con los cambios en la escuela generados por el "nuevo pensamiento pedagógico" que surgió en los Estados Unidos (1890-1930) ante la necesidad de vincular la escuela a la producción industrial que se encontraba en pleno desarrollo. (56)

En función de ello, las definiciones de perfil profesional, en términos generales, se siguen refiriendo a un área específica de acción del egresado en el sector productivo.

De las dos definiciones mencionadas, una se refiere a un conjunto de objetivos conductuales, sin especificar su orientación a un quehacer profesional particular.

La segunda definición hace referencia más que al perfil profesional, al concepto de práctica profesional.

Según Glazman y de Ibarrola (57), la práctica profesional hace referencia a la determinación de las actividades de trabajo que son propias de las carreras que se imparten a nivel universitario. Esta práctica profesional se compone de dos dimensiones: una referida a la actividad por desarrollar, implicando esto delimitar un campo de acción, y la segunda referida al nivel de comportamiento que alcanza el universitario.

Guevara G. (58), considera que la práctica profesional en el contexto integral de la sociedad debe concebirse como una estructura "...una parte de la división social del trabajo, indisolublemente ligada a la estructuración global del sistema".

El conocimiento de las prácticas profesionales presentes en el campo profesional de una sociedad dada, permite estructurar dentro del currículum, explícita o implícitamente un perfil profesional en función de una práctica profesional. "...implícito en el currículum se encuentra un rol determinado que todo alumno que lo satisfaga ha de cumplir dentro de la estructura social del trabajo en una sociedad determinada" (idem).

En base a lo anterior, consideramos que el perfil profesional es una formulación idealizada de las características que deberán conformar al egresado en función de un proyecto educativo, en relación a una práctica profesional; que puede o no explicitarse, pero que forma parte del currículum.

Concluyendo, el currículum se refiere al vínculo orgánico entre la universidad y la sociedad, y contempla aspectos conceptuales implícitos y explícitos que definen esencialmente esa relación.

El currículum no se limita al campo de lo programado -plan y programas de estudio- sino que también contempla lo operado, es decir, el conjunto de interrelaciones ideológicas, políticas, culturales y científicas que se dan al interior de las instituciones educativas en el marco de lo programado.

El curriculum contempla un modelo educativo (explícito o no), un plan de estudios, programas de estudio y un perfil profesional (explícito o no). Todo ello en función de un proyecto educativo que define el vínculo entre la universidad y la sociedad.

#### 1.7.1 TIPOS DE CURRICULUM.

Retomando a Guevara G. (59) consideramos que todo curriculum se estructura en torno a la imagen de una práctica social de la profesión. Un curriculum puede contener elementos teóricos y prácticos pertenecientes a una o varias prácticas sociales, pero una de ellas será la que articule el curriculum.

En el caso de la medicina, el curriculum de acuerdo a la práctica social integradora puede clasificarse en:

- Curriculum obsoleto: El factor integrador es la práctica artesanal de la medicina liberal.
- Curriculum tradicional: Aquél que se estructura en torno a la imagen de la práctica social dominante. (En la actualidad la medicina hospitalaria).
- Curriculum desarrollista: Aquél en el que se asume la práctica emergente. (En el caso actual de la medicina la medicina comunitaria).
- Curriculum utópico: Sería, el que no recoge como factor integrador una práctica social de la profesión.

- Currículum innovador: Es el que se diseña, no sobre la base de las prácticas sociales existentes, sino que se diseña tomando como factor integrador una "práctica social posible". La posibilidad de ubicar su ejercicio profesional dentro de los cauces institucionales de una práctica social emergente.

Otra posibilidad innovadora consistiría en construir un currículum incorporando en él la imagen de todas las prácticas sociales de la profesión, poniendo énfasis en una de ellas (la emergente o la dominante). Esta opción permitiría la formación de un recurso humano con una efectiva preparación general. (médico general).

#### 1.7.2 LA ORGANIZACION CURRICULAR MODULAR.

La organización curricular modular, nace como una opción globalizadora ante algunos problemas detectados en la organización curricular por asignaturas, la que había sido cuestionada desde la didáctica. (60,61).

Algunos autores (60,61), coincidieron en afirmar, que existen dos concepciones de organización curricular modular:

a) La que se fundamenta en los postulados de la tecnología educativa, y que Panzsa (62) llama "concepción psicologista de los currículos modulares". Esta forma de organización curricular modular puede definirse como "estructura integradora multidisciplinaria de actividades de aprendizaje, que, en un lapso flexible, permite alcanzar objetivos educacionales, capacidades, destrezas y actitudes, los cuales permiten al alumno desempeñar funciones profesionales". (63)

b) La organización curricular modular por objetos de transformación o "modular integrativa". Se puede caracterizar por:

-Es una forma de organización curricular, que puede romper con el clásico aislamiento de la institución escolar respecto de la comunidad social y que, por el contrario, la tiene muy en cuenta para acudir a ella en busca de problemas en torno a los cuales organizar su plan de aprendizaje.

-Descansa en una concepción del conocimiento considerada como un proceso de acercamiento progresivo a la verdad objetiva, en el cual, la teoría y la práctica se vinculan en una dualidad que, a través de un proceso dialéctico, permite integrar el conocimiento.

-El aprendizaje es concebido como un proceso de transformación de estructuras simples, en otras de mayor complejidad y en consecuencia, de la interacción del sujeto y el objeto de conocimiento en un contexto histórico determinado.

-Pretende modificar sustancialmente el rol del profesor y el alumno a través de un vínculo pedagógico que favorezca la transformación rompiendo con las relaciones de dominación y dependencia.

-Basa sus acciones en el desempeño de una práctica profesional, perfectamente identificada y evaluable; se pronuncia contra la fragmentación del conocimiento y del falso eruditismo escolar, mediante la aplicación de formas

didácticas que se basen en una práctica integrativa, pretendiendo una integración lógica de los contenidos conforme a una perspectiva interdisciplinaria. (64)

Derivada de esta concepción, es posible definir, lo que es un módulo. Arenas Vargas y col (65), al analizar diversas concepciones de "módulo" concluyen que, a pesar de algunas diferencias, diversos autores coinciden en afirmar que un módulo:

a) Es una unidad de enseñanza-aprendizaje, es decir, es un elemento que en si mismo debe ser completo, si bien es parte de la totalidad curricular.

b) Esa unidad está dada por el hecho de que el módulo se construye en torno a un objeto paradigmático -llamado objeto de transformación- que se aborda en una de sus manifestaciones -problema eje- situándolo concretamente en la realidad.

c) Ese abordaje se realiza a través de un proceso de investigación formativa grupal, utilizando contenidos en una relación teórico-práctica con el problema.

d) De esa relación teórico-práctica surgen, institucionalmente, acciones de servicio universitario cuyo papel también es formativo para el estudiante.

Asimismo, es posible observar, una tendencia mas o menos presente a una estructura modular centrada en la investigación. Además una tendencia a la formación grupal del estudiante con miras a la realización de una práctica profesional en la misma forma.

Se mencionan como elementos comunes de un módulo:

- Planteamiento del problema.
- Marco teórico.
- Objetivos, tanto de teoría como de práctica.
- Apoyos, es decir, recursos académicos para el proceso.
- Evaluación.

Consideramos de suma importancia tomar en cuenta las diferentes concepciones de lo "modular" al analizar una estructura curricular, ya que mientras una se preocupa más por los aspectos instrumentales de la enseñanza, la otra implica una visión transformadora de la enseñanza bajo una perspectiva más amplia.

Si bien consideramos de acuerdo con Díaz Barriga (66), que la organización curricular modular per se no es ninguna garantía de cambio en la relación universidad-sociedad, ni en el modelo que la sostiene o en la forma de concebir el aprendizaje, cabe aclarar, que estamos de acuerdo, en el sentido de que el autor parece referirse a la exclusiva organización de los contenidos, o bien a la operación del modelo, ya que esta esta una de las partes del proceso a las que frecuentemente se atribuyen los fracasos de una estructura curricular. Consideramos, sin embargo, que en la organización curricular modular por objetos de transformación, en tanto se sustenta en una visión más amplia y transformadora de la educación, aporta importantes innovaciones al respecto.

Entre las opciones globalizadoras, también se menciona la estructura curricular por áreas, de la cual existe poca información. En México, es frecuente observar currículos en los que coexisten áreas y asignaturas. Tal es el caso de los llamados "troncos comunes". (67)

La organización curricular por áreas y sus criterios dependen de múltiples factores. Una clasificación propuesta por Guy Michaud (68), distingue cuatro niveles de agrupación de las disciplinas.

- Currículos Pluridisciplinarios: en los que se da simplemente una yuxtaposición de disciplinas.

- Currículos Interdisciplinarios cuando se logra integración de métodos y procedimientos de la disciplina.

- Currículos transdisciplinarios: cuando se logra establecer una axiomática común para un conjunto de disciplinas.

- Currículos Multidisciplinarios: donde se agrupan las disciplinas polares sin relación aparente.

Dentro de las formas de organización curricular, la organización por asignaturas es la forma más antigua y más generalizada. Entre las críticas de que ha sido objeto destacan:

a) Responde a una concepción mecanicista del aprendizaje humano, fundamentada esencialmente en la teoría del aprendizaje conocida como disciplina mental, que supone en ciertas materias virtudes especiales para el desarrollo de la capacidad del aprendizaje.

b) Trata frecuentemente de separar la vida de la escuela de la problemática social.

c) Constituye una forma de fragmentar la realidad, ya que al carecer de ejes estructurantes, no permite una visión de conjunto.

d) Sus bases epistemológicas tienden a centrarse en el modelo mecanicista o en el modelo activista-idealista del conocimiento humano .(69)

En el modelo mecanicista, el sujeto es pasivo, contempla y recoge el conocimiento (que es una copia del objeto). Su papel consiste en registrar los estímulos procedentes del exterior. Lo anterior conlleva la acumulación de conocimiento y no la construcción de esquemas conceptuales.

En el modelo activista-idealista, el sujeto es el creador de la realidad; la realidad exterior pierde importancia, y ésta es transferida a la actividad del sujeto al cual se atribuye el papel de creador de la realidad. Este modelo ofrece una concepción subjetivista del conocimiento. (idem)

Ambos modelos desconocen el papel de la interacción social en el proceso de conocimiento y refuerzan el individualismo, porque al destacar el papel de uno de los componentes del proceso de conocimiento (ya sea el sujeto o el objeto) niegan la interacción entre dichos componentes.

La adecuación didáctica que realiza el profesor se vé influida por su concepción acerca de cómo logran los alumnos el conocimiento, y esta, a su vez, determina el tipo de experiencias del aprendizaje que elige. (70)

A partir de los problemas enunciados para la organización curricular por asignaturas, consideramos que la forma de organización curricular modular por objetos de transformación, es hasta ahora, la que ofrece una concepción del proceso de enseñanza-aprendizaje mas completa.

## 1.8 EVALUACION.

El término ha tenido y tiene diferentes significados de acuerdo al contexto y momento histórico del discurso que lo enuncia; en el caso de la evaluación educativa se refería inicialmente a la valoración del rendimiento escolar de los alumnos, para luego conformarse como un problema curricular en un sentido mas amplio.

Díaz Barriga, A. (71) ubica el nacimiento de la evaluación curricular a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, ante el surgimiento de la nueva pedagogía que se sustenta en la nueva vinculación de la escuela al aparato productivo en los Estados Unidos de Norteamérica, y que lleva como finalidad directa incrementar los niveles de "eficiencia", mediante prácticas de "control".

Díaz Barriga menciona, además, que el nuevo pensamiento pedagógico genera conceptualmente tres vertientes que confluyen en tanto se fundamentan en el funcionalismo, pragmatismo y conductismo, y que son: Tecnología educativa, teoría curricular y evaluación.

De esta manera, la mayoría de las definiciones de evaluación prevalentes, tienen sus raíces en la necesidad de incrementar la "eficiencia" y la "eficacia" de las escuelas, en función del aparato productivo.

Actualmente existe el debate entre los que consideran la evaluación como información útil para la toma de decisiones y aquellos que establecen que su sentido es la búsqueda de la comprensión y explicación de la realidad educativa. (72)

En todo caso, la evaluación, hoy día, se constituye en un elemento imprescindible de todo proceso educativo.

En términos generales, en la actualidad, la evaluación curricular puede ubicarse en dos grandes corrientes teóricas:

- a) Aquellas que consideran la evaluación en función de la producción de profesionales acordes con el proceso productivo nacional y con miras a aumentar la eficiencia y la eficacia, y
- b) Aquellas que consideran la evaluación como un proceso permanente en función de aumentar la creatividad y visión objetiva social de los egresados con miras a una transformación permanente de la realidad social en beneficio de las mayorías. (73).

Podemos decir, que el problema de la evaluación curricular, depende de la elección del objeto denominado currículum.

La evaluación curricular puede hacerse a diferentes niveles y en diferentes dimensiones, lo que trae, en la mayoría de los casos, caer en el empirismo.

Es necesario, al hacer una evaluación curricular, tomar en cuenta la magnitud de los objetos de la evaluación, pues como menciona Díaz Barriga (74) "... es prácticamente imposible

efectuar una evaluación curricular total, pues las relaciones de un plan de estudios son históricas y tienen una conformación múltiple".

Esto hace necesario establecer los límites de la evaluación y determinar con precisión qué aspectos del curriculum se están evaluando, además de los elementos teóricos que sustenten adecuadamente lo que se está evaluando.

Además, Díaz Barriga, A. (75) agrega, que si no se tiene claro el marco teórico del que parte la evaluación, así como los aspectos metodológicos, se cae en el error de centrar la evaluación solo en los aspectos eficientistas e internos del curriculum, descuidando los planteamientos originales y los aspectos sociales.

Pueden darse dos situaciones cuando se pretende conducir una evaluación curricular:

- a) Existe un plan de estudios vigente en la Institución, y se busca más bien realizar una reestructuración curricular, o
- b) o existe dicho plan de estudios, y se pretende crear uno nuevo.

Ralph Tyler (76) menciona que las operaciones de la evaluación curricular son cuatro:

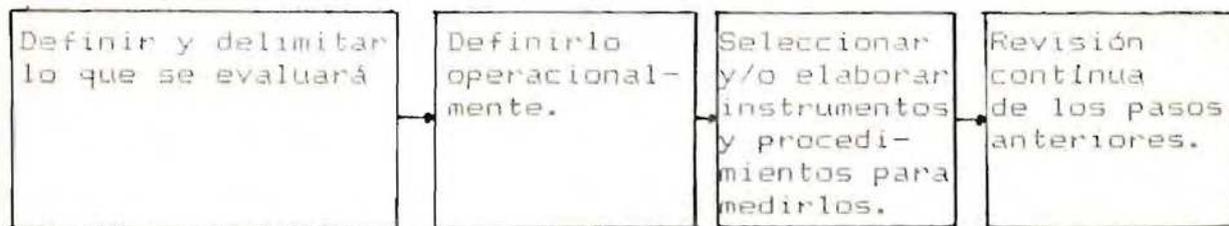
- 1.- La definición y delimitación precisa del aspecto educativo que se va a evaluar (por ejemplo la evaluación curricular, que se definirá una vez que se establezca el área a medir y los propósitos de la evaluación).

2.- La definición operacional del aspecto educativo en cuestión, es decir, la formulación de un conjunto de conceptos y suposiciones pertinentes a dicho aspecto. (En la evaluación curricular, se refiere a la especificación de los objetivos que se medirán).

3.- La selección y elaboración de instrumentos y procedimientos de evaluación mas adecuados para dicho conjunto de conceptos y suposiciones (por ejemplo, pruebas, escalas, listas de comprobación, técnicas de análisis de contenido, cuestionarios, etc.).

4.- La revisión continua de acuerdo con la información obtenida en la aplicación de los instrumentos y procedimientos diseñados; de la definición del aspecto educativo evaluado; de los conceptos y suposiciones formulados; y de los mismos instrumentos y procedimientos desarrollados.

Operaciones de evaluación.



Las metodologías y técnicas de evaluación pueden clasificarse en:

- Modelos experimentales, cuasiexperimentales y no experimentales.
- Clasificación de entradas, procesos y salidas de acuerdo con un enfoque sistemático.

- Desde un enfoque administrativo, se busca la cuantificación del logro de metas.
- Se le concibe como un campo donde se puede experimentar a partir de un enfoque clínico. (77,78)

Estas metodologías y técnicas abordan el problema de la evaluación desde una óptica instrumental y se dirigen más bien a los aspectos internos del currículum; asimismo, bajo una supuesta "cientificidad" pretenden legitimar la ocultación de los aspectos sociales de la educación.

Mencionábamos, en páginas anteriores, que el significado que se le dá al concepto de "evaluación curricular", varía en función de un marco teórico que lo sustente, así como de la elección del objeto denominado currículum.

Ante la "ampliación" de la noción de currículum, determinada por los procesos sociales concretos, las metodologías de abordaje para la evaluación y diseño curriculares se han modificado.

Díaz Barriga-Arceo y col. (79) consideran cuatro etapas en el diseño curricular:

- 1.- Fundamentación de la carrera profesional.
- 2.- Determinación del perfil profesional.
- 3.- Organización y estructuración curricular.
- 4.- Evaluación continua del currículum.

Cada una de estas etapas puede ser objeto de evaluación. Los criterios e instrumentos de evaluación para cada una de estas etapas varía en función del marco teórico que las sustente.

Para efecto de este trabajo, nos centraremos en la primera etapa del diseño curricular. Esta etapa puede considerarse como la evaluación del contexto, y tiene particular importancia en tanto que define esencialmente -a través de un proyecto educativo- la relación entre la universidad y la sociedad, a la vez que determina los contenidos y estructura del plan de estudios.

La fundamentación de la carrera profesional -en este caso, del currículum- contempla una serie de investigaciones previas al diseño curricular propiamente dicho, que deben considerarse como evaluaciones.

En esta etapa debe tomarse en cuenta si existe un plan de estudios vigente y se pretende hacer una reestructuración curricular; o si no existe un plan de estudios y se pretende hacer un diseño curricular nuevo.

Los criterios y metodologías de evaluación varían en ambos casos, a partir, esencialmente, de los elementos a evaluar.

En el caso en el que existe un plan de estudios vigente, o no, se presentan dos opciones:

- Cuando se pretende vincular la escuela al aparato productivo, se busca adecuar los contenidos a los requerimientos de ese sector, fundamentalmente bajo los criterios de eficiencia y eficacia.

- Cuando se pretende generar una visión crítica y creativa con miras a la transformación social, la evaluación no se limita a medir eficiencia y eficacia, ni adecuar sus programas a los requerimientos del aparato productivo, sino que se contemplan aspectos ideológicos, conceptuales, e inclusive políticos, además de los contenidos académicos, puesto que se parte de considerar la evaluación como un proceso social inmerso en una serie de valores y contradicciones. Todo ello en relación a los procesos sociales concretos con los que se enfrenta y relaciona la institución educativa y sus elementos (docentes, alumnos, directivos, administrativos, etc.).

1.9 PROPUESTAS METODOLOGICAS PARA EL DISEÑO Y EVALUACION CURRICULARES. (Fundamentación del Currículum).

La fundamentación del currículum la integra una serie de investigaciones previas consideradas evaluaciones. De esta fundamentación se deriva un proyecto de vinculación entre la universidad y la sociedad.

Las metodologías propuestas para esta etapa dependen de marcos teóricos que definirán, en última instancia, la relación universidad-sociedad. Implica, por tanto, partir de una concepción de sociedad y de educación.

Dentro de las propuestas metodológicas, se señalan dos opciones básicas:

- a) La vinculada a la pedagogía estadounidense, que destaca el diagnóstico de necesidades, la elaboración del perfil profesional y los objetivos conductuales, la elaboración del mapa curricular y las cartas descriptivas.
- b) La relacionada con el diseño curricular modular, mediante objetos de transformación, que señala la conformación de un marco referencial a partir de la formación económico-social y de las prácticas profesionales, la determinación de los objetos de transformación y el diseño de los módulos.

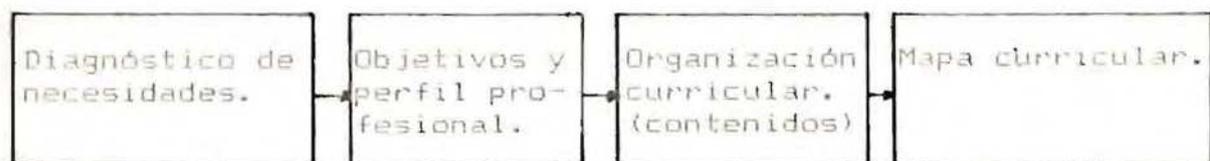
Dentro de las propuestas metodológicas para el diseño curricular sustentadas en la pedagogía estadounidense, se ubica la propuesta de Díaz Barriga Arceo y col. (80) que mencionan como elementos comunes con otras propuestas:

- Investigación de las necesidades a ser abordadas por el profesionalista.
- Justificación de la perspectiva a seguir como la mas viable para incidir en las necesidades detectadas.
- Investigación del mercado ocupacional.
- Investigación de las instituciones nacionales que ofrecen carreras afines a la propuesta.
- Análisis y principios de los lineamientos universitarios.
- Análisis de la población estudiantil.

Algunas propuestas no contemplan todos estos aspectos, pero todas ellas en la fase de fundamentación de la carrera se sustentan en el diagnóstico de necesidades.

El diagnóstico de necesidades correspondería a la etapa de fundamentación del curriculum según estas propuestas.

#### Evaluación.



Para Taba (81), el diagnóstico de necesidades es una actividad que se centra en "...la determinación de las necesidades educacionales de los estudiantes, las condiciones de aprendizaje en el aula y los factores que afectan la realización óptima de los objetivos educacionales".

Según Taba y Tyler, el diagnóstico de necesidades se puede obtener de tres fuentes: alumnos, especialistas y sociedad.

Tyler (82), al hablar de necesidades, menciona que son las carencias que se deben tomar en cuenta para elaborar los objetivos de la educación. De esta manera, Ibarrola define una necesidad como "...la diferencia entre una situación de hecho y una, considerable deseable".

El "diagnóstico de necesidades" ha recibido fuertes críticas, pues, como apunta Díaz Barriga, (83) sirve para justificar la elaboración de un plan de estudios que, en la mayoría de los casos, beneficia los "modelos dominantes"; es decir, en una sociedad dividida en clases, un diagnóstico de necesidades, se realiza a partir de los intereses de la clase dominante, imponiendo sus valores al resto de las clases. De esta manera se adecúan los contenidos y orientaciones básicas de un plan de estudios a las "demandas de la realidad"; es decir, es una forma de funcionalizar la educación a los requisitos formales del aparato productivo. Un ejemplo de ello, es la propuesta de Tyler "...únicamente se enseñe aquello que reporte al sujeto utilidad inmediata en su conocimiento". (idem)

De esta manera, se propone incluir temas y técnicas que fueran necesarios para la incorporación del sujeto al mercado ocupacional.

Lo anterior lleva a dos propuestas de distinta significación:

a) "La evolución del capitalismo exige cada vez más, que la formación transmitida por las universidades sea una capacitación de habilidades técnico-profesionales que posibilite el desempeño eficaz de un sujeto en un sistema productivo.

b) "La universidad debe reflexionar sobre la necesidad de posibilitar una formación teórica que permita cumplir con su función histórica. También debe propiciar esta formación en el estudiante, para que éste, no sólo actúe sobre la realidad, sino que la entienda, explique y busque su transformación". (idem)

Dentro de las propuestas metodológicas del segundo grupo, que oponen la construcción de un marco referencial al diagnóstico de necesidades, destacan dos:

a) La propuesta de diseño curricular de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. (84)

Esta propuesta se sustenta en un marco teórico complejo.

Esencialmente se refiere a la elaboración de un marco referencial sobre el análisis del campo profesional y del campo educativo, a través de la categoría "práctica profesional"; en un intento por insertar el problema curricular en el contexto socioeconómico y político, bajo una perspectiva crítica, con la finalidad de generar una propuesta, que de alguna manera constituya una alternativa de solución a los problemas analizados. Las bases de dicha propuesta son:

- La identificación precisa de las prácticas sociales debe realizarse a través del análisis histórico de la formación social. Esto permite deslindar con precisión la relación entre las distintas fases de desarrollo del modo de producción con la emergencia de las prácticas y su proyección sobre el campo educativo.

- Toda vez que el análisis histórico involucra realmente una investigación a largo plazo, es posible apelar, provisionalmente, a un análisis del campo profesional actual y en la medida en que aquella avance, este análisis irá progresivamente perfeccionándose.

Una vez identificadas las prácticas profesionales que desempeñen distintas funciones dentro del ciclo económico, se procederá a su análisis interno ("objeto", "espacio social" y "procesos técnicos", para cada práctica social de la profesión).

- El análisis del campo educativo arrojará luz sobre el tipo de recurso humano que está formado en relación con las prácticas y pondrá en evidencia las deficiencias de esa formación.

El análisis de todo currículum elaborado sobre la base de disciplinas habrá de hacerse a través de los siguientes pasos:

- \* Separar el conjunto de disciplinas de ciencias básicas y definir el conjunto de disciplinas aplicadas o técnicas.
- \* Definir enseguida los objetos involucrados dentro del conjunto de asignaturas básicas.
- \* Establecer la relación horas de trabajo práctico con los objetos asumidos a través de la carrera.

A través de estos pasos, será posible discernir con exactitud cuál es el factor integrador del currículum, cuál imagen profesional recoge íntegramente y cuales componentes son simplemente adicionales.

- Una vez superadas las etapas anteriores, se presenta el problema del diseño curricular propiamente dicho. La opción del diseño es, estrictamente, una decisión política. Si se trata de realizar un diseño curricular tradicional, bastará con asumir como factor integrador a la práctica dominante. En este caso, el análisis del espacio social seguramente contribuirá a superar deficiencias en la formación, puesto que en él se incluirán los vacíos y lagunas de la práctica, y de esta forma será posible diseñar un plan de estudios tradicional pero perfeccionado.

Si se trata por el contrario, de elaborar un diseño innovador, sería necesario decidir si se integrarían en él lo esencial de todas las prácticas sociales o si se trataría de hacer una recomposición de objetos y técnicas en función de un espacio social seleccionado y que, obviamente, no esté cubierto totalmente por alguna práctica social.

b) La otra propuesta constituye una revitalización de la primera (1981). (85) Los elementos principales de esta propuesta son:

- Definición precisa de la profesión para la cual se está formando el estudiante, a través de determinar el grado de discriminación, precisión y comprensividad.
- Determinación del campo de la profesión, tomando como referente las categorías de práctica profesional:
  - a) decadente; b) dominante; c) emergente.

Los pasos son:

- Descripción de las actividades profesionales; grado de claridad y especificidad de las descripciones existentes.
- Señalamiento de ámbitos y áreas de trabajo; ubicación precisa de dónde, es decir, en qué ámbitos sociales se da la práctica.
- Relación demanda-necesidades sociales. En que medida se especifica si las prácticas descritas corresponden a las necesidades de las mayorías sociales.
- Establecimiento de prioridades: se determina o no que prácticas profesionales resulta prioritario atender en el plan de estudios.
- Heterogeneidad de la práctica profesional: se discriminan o no los diferentes tipos de práctica profesional.

Además, para el análisis del campo profesional, este se enriquecerá si se toma en cuenta los momentos históricos del desarrollo socioeconómico y científico-tecnológico (totalidad social).

Indicadores:

- Políticas presidenciales.
- Eventos mundiales.
- Avances científicos e industrialización.
- Nuevas Instituciones públicas.
- Desarrollo mundial y masificación de servicios.
- Desarrollo educativo.
- Movimientos político-laborales.

El análisis del campo profesional deberá contemplar:

- a) Heterogeneidad de las prácticas profesionales.
- b) Demanda real de la profesión.
- c) Demanda de la actividad pero no del profesional (por ejemplo, se necesitan administradores, pero el trabajo lo realizan licenciados en derecho).
- d) Demanda posible: demanda esperable según un análisis prospectivo siguiendo la tendencia de la economía y del mercado de trabajo hacia el futuro.
- e) Necesidades sociales: qué es lo que los sectores mayoritarios requieren, aún si no pueden, en algunos casos, ofrecer una demanda concreta de empleo. (por ejemplo, médicos y psicólogos en el campo).

Estructura pedagógica. Abarca el análisis de:

- Relación teoría-práctica en la producción de conocimientos, para que se dé una relación dialéctica entre lo "pensado" y lo "realizado".
- El aprendizaje como actividad de investigación.
- Delimitación de la conveniencia o no de un tronco común entre varias carreras o cursos, para corregir defectos de la etapa escolar anterior.
- Problemas de saturación de contenidos y rigidez en la seriación.

Cabe aclarar, que una propuesta metodológica para el diseño curricular en la educación superior, que abarca el total de las carreras ofrecidas por una institución, necesariamente debe plantearse en términos muy generales; y que la aplicación de una metodología a una situación concreta, cobrará características particulares que dependerán del objeto de estudio. Tal es el caso de las distintas carreras profesionales, o las condiciones concretas de un plan de estudios.

DE CHIAPAS.

ANTECEDENTES DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA

CAPITULO II

## 2. ANTECEDENTES DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS.

La Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Chiapas, fué fundada en la década de los setenta como parte de la política de extensión de la educación superior que implementó el Estado en ese período.

Desde sus inicios, y en virtud de las condiciones y premura de su origen, la estructuración de un plan de estudios se vió afectada por continuos conflictos políticos al interior de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH.

Cabe hacer notar, que si bién, los conflictos generados al interior de la Escuela pueden atribuirse a la lucha por el poder dentro de la misma, también implicó un choque de ideologías, en tanto la orientación de los contenidos de la carrera de medicina.

Durante ocho años (1975-1982) la Escuela funcionó sin un plan de estudios preestablecido que guiara la orientación y selección de contenidos así como el proceso de enseñanza-aprendizaje. Se elaboraron programas particulares para cada módulo, cuyos contenidos eran arbitrarios e independientes unos de otros.

Posteriormente, en medio de profundos conflictos internos, se elaboró un plan de estudios, que retomó e intentó sistematizar los programas de todos y cada uno de los módulos. Lo anterior, ante cierta presión ejercida por la Asociación de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior (ANUIES).

El resultado de este conjunto de acciones empíricas, es fundamentalmente, el desconocimiento -en función de un marco referencial y teórico- de la orientación y tipo de formación otorgada a los alumnos; así como el desconocimiento de las bases del proceso de enseñanza-aprendizaje.

A continuación, con fines de exposición y simplificación del problema, se hará mención de los hechos mas importantes que han influido en la elaboración del plan de estudios de la Escuela.

Con esa finalidad, se dividieron los trece años de funciones de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH. en tres períodos, determinados por los cambios "políticos" mas significativos ocurridos en su interior, en tanto determinantes esenciales del proceso educativo en esa Institución.

#### PERIODO I (1974-1977).

Se funda la Universidad Autónoma de Chiapas por decreto del Gobierno del Estado de Chiapas y, dentro de ella, la Escuela de Medicina. (86)

La primera propuesta para formular el plan de estudios, se centraba en una copia del plan de estudios de la Universidad de Nuevo México, E.U.A., para lo cual se contaba con el apoyo de las universidades de Nuevo México y Alabama. (87)

En el mes de Julio de 1975, se realizó un Taller de Recursos Humanos en Chiapas, con la finalidad de sentar las bases para la estructuración del plan de estudios de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH., en el cual participaron diversas Instituciones como ANUIES, DMS/OPS, Gobierno del Estado de Chiapas, entre otras.

En ese Taller, se enfatizó la necesidad de vincular la Escuela de Medicina a las políticas de planificación del Desarrollo de América Latina. (88) También se recomendó la aplicación de la Tecnología Educativa al proceso de enseñanza-aprendizaje.

Posteriormente, y en talleres subsecuentes, se estableció contacto con la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, la cual aportó elementos fundamentales para la estructuración modular de la enseñanza y el diseño de los módulos I y II de la Carrera de Medicina Humana de la UN.A.CH. (89)

#### PERIODO II (1977-1981).

Se inicia con el cambio de Coordinador de la Carrera de Medicina de la UN.A.CH. En este período se realizan múltiples reuniones de trabajo entre los directivos del Área Biomédica, algunos docentes y autoridades de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Chiapas.

Es un período de intenso trabajo en el que se intentó estructurar un plan de estudios completo, con orientación esencialmente comunitaria, en base a las condiciones y características de la población y servicios de atención médica en Chiapas. (90)

En este período se discutieron los requisitos de admisión para profesores universitarios, la legalización jurídica del Reglamento Interno, los fundamentos legales a nivel estatal para la realización del Servicio Social de los egresados, la integración de un perfil profesional, etc. (idem).

Por otra parte, el Centro de Desarrollo de Recursos Humanos de la UN.A.CH. bajo un programa de capacitación docente, elabora un cuestionario sobre "necesidades del profesorado" con el que se pretende conocer el perfil de los profesores, la actualización de contenidos, su formación didáctica, sus actividades de investigación y su opinión sobre los servicios bibliográficos del Departamento donde se ubican. (91) Se desconocen los resultados.

Asimismo, al interior de la Escuela, se elabora un cuestionario para conocer la opinión de los docentes respecto a los conocimientos, habilidades y actitudes que el estudiante de la Carrera de Medicina debe obtener y desarrollar. La base del cuestionario es el señalamiento del Perfil Profesional propuesto por la Dirección de la Escuela: "Formar un médico general que sea capaz de desempeñarse con solvencia en un medio que cuenta solamente con recursos elementales cuya función esté orientada a la atención de los problemas más frecuentes de salud en sus diversas etapas, o sea, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se comporte como un agente de cambio social, que sea consciente de que este cambio no lo podrá generar solo sino con el concurso de otros agentes". (92) Se desconocen los resultados.

Durante esos años (1977-1981) los módulos se integraron de forma empírica sin existir un proyecto educativo claro.

En 1981, a raíz de un fuerte movimiento estudiantil en la Universidad Autónoma de Chiapas, se dismanteló el equipo de trabajo de la Escuela de Medicina y se suspendieron los trabajos sobre el proyecto educativo.

PERIODO III (1981- ...).

Este período se caracteriza por los continuos cambios y movimientos "políticos" intra y extrainstitucionales, el desorden interno y la anarquía. La nota dominante es el cambio de Coordinadores, tanto del Área Biomédica como de la Escuela de Medicina.

En 1982, se logra estructurar un plan de estudios completo sobre la base de lo operado, mismo que, por sustentarse en lo empírico, carece de bases conceptuales claras, aunque pretende responder a las necesidades más apremiantes de Chiapas en materia de salud. Dicho plan de estudios contiene un marco socioeconómico y de salud del Estado de Chiapas; antecedentes Insitucionales; las principales causas de morbimortalidad (1971-1975), así como algunos datos de la mortalidad general en el Estado de Chiapas, de 1940 a 1975.

Además contiene un "marco teórico pedagógico" en el que se describen los elementos básicos comprendidos en la enseñanza modular. Contiene, asimismo, un perfil profesional y objetivos de la carrera, dejando casi intacta la estructura general de los módulos tal y como estaban operando. Este plan de estudios, con ligeras modificaciones, continúa vigente hasta la fecha.

Otros hechos de importancia en este período, son, por una parte, la creación de un Anteproyecto de Integración Docencia-Servicio-Investigación; y por otro lado, una propuesta para la creación de las Maestrías en Obstetricia y Pediatría.

- 29 -

Consideramos de particular importancia el análisis que se hace en el primer documento para la justificación del proyecto de integración docencia-servicio-investigación, en el que se hace referencia a una excesiva teorización, prácticas en el segundo nivel de atención médica, y "nulificación del espíritu de servicio a la comunidad, ya que los profesores y tutores que necesariamente se convierten en arquetipos, son generalmente especialistas sin experiencia en medicina de primer contacto", entre otros. (93)

En el segundo documento, la justificación de la creación de las maestrías se centra en la necesidad de desconcentrar los posgrados del país y ampliar la oferta de los mismos, ante el exceso de demanda.

El proyecto fué aprobado pero nunca fué operacionalizado.

Ambos documentos, a la renuncia del Coordinador de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH. (1984), fueron dejados en el olvido.

Otros hechos de importancia en este período, son dos intentos para evaluar el plan de estudios y el funcionamiento de la Escuela de Medicina. El primer informe data de 1981 y constituye un análisis de las diferencias entre los distintos módulos de la Carrera de Medicina Humana. En él, el autor, empíricamente determina ausencias de contenidos en cada módulo, pero sin constituir una investigación propiamente dicha.

El segundo documento, fechado en junio de 1986 (94), es producto de las conclusiones de la Junta de Vigilancia, creada a petición del Rector de la UN.A.CH., ante la desestabilización académica y administrativa que vivía la Escuela de Medicina. Las "sugerencias" planteadas por la Junta de Vigilancia comprenden aspectos para la capacitación y seguimiento de las funciones de los docentes de la Escuela; establecimiento del curso horizontal de metodología clínica para toda la carrera, y el replanteamiento de "la currícula" de la Escuela.

También existen dos encuestas aplicadas a médicos aspirantes a realizar su servicio social en el Estado de Chiapas, y cuyas conclusiones son:

"Se puede observar una clara tendencia del alumno para las actividades de segundo nivel de atención, poca o nula afinidad por los trabajos comunitarios de primer nivel. Asimismo, manifiestan que su preparación fué para ejercer a nivel hospitalario. Esta tendencia es más marcada entre los alumnos de la UN.A.CH. Que el curso de introducción al servicio social debe ser mejorado, y finalmente, que su preparación profesional no es congruente con la realidad social de la región, por lo cual las Instituciones de salud y de enseñanza deben hacer una revisión conjunta de los planes de estudio con el fin de hacerlos más acordes con las necesidades del Estado de Chiapas". (95)

Actualmente bajo un clima de "tensa calma", se ha creado un espacio propicio para el análisis de la educación médica en Chiapas y su transformación, aunque no podemos afirmar aún, que se trata de un nuevo período en el funcionamiento de la Escuela

de Medicina de la UN.A.CH.

Como se mencionó anteriormente, los intentos de evaluación al interior de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH. han sido múltiples, abarcando aspectos que van desde el perfil académico de los profesores, a la orientación de los alumnos en relación a su futuro quehacer profesional, hasta la orientación de los contenidos del plan de estudios.

Es lamentable, sin embargo, que la mayor parte de los resultados de esas investigaciones se desconozcan, y en otros trabajos, que se trate de trabajos empíricos que muy poco aportan para la comprensión de la problemática general de la Escuela de Medicina.

En base a lo anterior, nos atrevemos a afirmar, que existe un profundo desconocimiento al interior de la Institución, de la orientación y características del currículum que está operando.

El desconocimiento de las bases conceptuales del currículum de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH., así como la ausencia de un proyecto educativo definido, son elementos suficientes para rechazar la idea de que lo que está funcionando está bien. Consideramos que sin estos elementos que clarifiquen el papel de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH. como Institución generadora de recursos humanos para la salud, no es adecuado realizar otras investigaciones con énfasis en la eficiencia o la eficacia, o en otros casos, incluso el rediseño de uno o la totalidad de los módulos de la Carrera de Medicina.

Producto de profundas reflexiones al respecto, se generó una propuesta de evaluación curricular centrada en los aspectos conceptuales de la misma. Esta evaluación deberá incluir, en un margen muy amplio, el análisis del Campo Educativo Médico en Chiapas en relación al Campo Profesional Médico, y a la situación de salud-enfermedad de la población en esa Entidad.

METODOLOGIA  
CAPITULO III

### 3. METODOLOGIA.

La elección de la metodología de evaluación para el diseño o rediseño curriculares, varía dependiendo esencialmente de tres elementos:

- a) La definición precisa del objeto denominado curriculum.
- b) Situación actual de la Institución educativa y del curriculum que se pretende evaluar.
- c) Propósito de la evaluación.

Como se mencionó en el marco teórico, la noción de curriculum ha sido objeto de profundas confusiones que se derivan principalmente del empirismo y de marcos teóricos distintos y contradictorios entre sí, con los que se aborda.

En esos términos, consideramos el curriculum como el vínculo orgánico que define la relación entre la universidad y la sociedad y que contempla aspectos conceptuales explícitos e implícitos que definen esencialmente esa relación.

El curriculum no se limita al campo de lo programado -plan y programas de estudio- sino que también comprende lo operado, es decir, el conjunto de interrelaciones ideológicas, políticas, culturales y científicas que se dan al interior de las Instituciones educativas en el marco de lo programado.

El curriculum contempla un modelo educativo (explícito o no), un plan de estudios y un perfil profesional (explícito o no). Todo ello en función de un proyecto educativo que define el vínculo entre la universidad y la sociedad.

En relación a la situación del currículum que se pretende evaluar, se mencionan dos situaciones distintas:

- a) Cuando existe un plan de estudios vigente en la Institución y se busca más bien realizar una reestructuración curricular.
- b) No existe dicho plan de estudios y se pretende crear uno nuevo.

La diferencia en el abordaje metodológico entre estas dos situaciones, radica en los elementos a evaluar. Cuando existe un plan de estudios vigente, habrá que tomar en cuenta, no solamente el plan y programas de estudio, sino a los actores del proceso, esto es, docentes, alumnos y directivos de la Institución educativa, entre otros. Cuando se pretende crear un currículum nuevo, los elementos a evaluar varían en función del proyecto educativo propuesto.

En ambos casos, se presentan dos opciones:

- Vincular la Escuela a los requerimientos del aparato productivo fundamentalmente bajo los criterios de eficiencia y eficacia.
- Generar una visión crítica y creativa con miras a la transformación social.

En este caso, la evaluación no se limita medir eficiencia y eficacia, sino que se contemplan aspectos sociales, ideológicos, culturales y políticos, además de los contenidos académicos, puesto que se parte de considerar la educación como un proceso social inmerso en una serie de valores y contradicciones (totalidad social).

La definición de los objetivos de la evaluación, se dá en función de los elementos esbozados anteriormente, es decir, la definición del objeto denominado "currículum", y la elección de una opción que defina el vínculo entre la universidad y la sociedad, así como el análisis previo de la situación del currículum que se pretende evaluar.

La Escuela de Medicina de la UN.A.CH. tiene como antecedente más importante para el caso de esta investigación, el desconocimiento de las bases conceptuales del currículum, así como la ausencia de un proyecto educativo definido que dé coherencia al plan y programas de estudio. Asimismo, prevalece la concepción de universidad "aislada" o "liberal" en la que esta poco o nada tiene que ver con lo que sucede en el resto de la sociedad.

Ante esta problemática, se torna prioritario hacer una evaluación curricular que fundamente el rediseño curricular, basada en aquellos aspectos conceptuales que permitan clarificar el papel de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH. como Institución generadora de recursos humanos para la salud, a la vez que permita obtener los elementos básicos para el rediseño curricular.

En este marco, ubicamos nuestra propuesta de evaluación en la primera etapa del diseño curricular, es decir, la fundamentación del currículum.

Esta etapa puede considerarse como la evaluación del contexto y tiene particular importancia en tanto que define esencialmente la relación entre la universidad y la sociedad, a la vez que, mediante la construcción de un proyecto educativo, determina los contenidos y estructura del plan y programa de estudios.

En este caso, se trata de conocer aquellos elementos conceptuales explícitos e implícitos que pueden expresarse en un proyecto educativo. Entre los elementos que se pretende conocer se encuentran: a) la orientación de los contenidos del plan de estudios en relación a una práctica profesional; b) la didáctica propuesta, en este caso, la organización curricular "modular"; c) el concepto de salud-enfermedad implícito en los contenidos del plan de estudios.

Otro aspecto a considerar en nuestra propuesta de evaluación curricular, es la búsqueda de elementos para generar la participación activa de los elementos del proceso: docentes, alumnos y directivos de la Institución.

Es un error frecuente considerar que basta el rediseño del plan de estudios en sí mismo, para lograr cambios profundos en la Institución; y esta es una de las causas más frecuentes del fracaso del rediseño curricular.

Ante un plan de estudios vigente, se torna indispensable conocer la orientación de docentes y alumnos en relación a las formas del quehacer profesional, a la institución, al plan de estudios y al proceso educativo mismo, pues de esta forma, se logran dos objetivos:

a) Conocer la orientación general de docentes y alumnos y la correlación de fuerzas entre ellos, en relación a los aspectos antes mencionados, y

b) Abrir un espacio de participación a docentes y alumnos, en el que se les permita expresar libremente su opinión, a la vez que conocer la situación real, respecto a su orientación entre ellos mismos, con miras a la discusión y elaboración del rediseño curricular.

Consideramos que sin un proceso participativo real, no es posible realizar cambios profundos en un proceso educativo concreto.

El último aspecto a considerar es el de la sociedad. Este aspecto será analizado desde las categorías "práctica profesional" y "campo profesional" ya que permiten insertar el problema curricular en el contexto sociohistórico, a la vez que permite la toma de decisiones en relación a un proyecto educativo, bajo una perspectiva social.

El análisis del campo profesional deberá enriquecerse con la consideración de las políticas gubernamentales en los campos de salud y educación, la situación socioeconómica actual del país y la situación de salud-enfermedad regional, con el propósito de enmarcar adecuadamente el análisis del campo profesional.

El análisis y la reflexión acerca del contexto sociohistórico en el que se ubica la Institución educativa, no deberá limitarse al proceso de rediseño curricular; deberá considerarse un proceso permanente que permita a los

universitarios proponer alternativas de solución a esa realidad de la cual forman parte.

En síntesis, nuestra propuesta de evaluación curricular, se centra en el análisis del contexto, para el aporte de aquellos elementos conceptuales que fundamenten el rediseño curricular.

En tanto, en la Escuela de Medicina de la UN.A.CH. existe un plan de estudios vigente, y hemos definido el objeto denominado curriculum, como una estructura orgánica que comprende no solamente el plan y programas de estudio, sino elementos ideológicos, políticos, etc. que se interrelacionan y contradicen en la operación del plan de estudios, y que a la vez forman parte del contexto, el modelo de evaluación que proponemos contiene los siguientes elementos:

a) Análisis del Campo Educativo.

- Análisis del Plan de Estudios.

- Concepto de salud-enfermedad implícito.

- Análisis de la organización curricular "modular".

- Orientación de los contenidos en relación a las distintas prácticas profesionales.

- Análisis de opiniones de docentes y alumnos de la Institución obtenidos por encuesta.

b) Análisis del Campo Profesional.

- Análisis de las prácticas profesionales presentes en Chiapas, indicando su importancia en términos de cobertura nominal y espacio social que cubren.

- Consideración de los indicadores:

- Políticas presidenciales.
- Aspectos sociodemográficos del Estado de Chiapas.
- Situación de salud-enfermedad de la población de Chiapas.

Esta propuesta se fundamenta en los criterios y categorías de las metodologías de diseño curricular propuestas por el grupo de trabajo de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (96) y R. Follari (97).

En base a las consideraciones anteriores, se definieron los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar el currículum de la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Chiapas, cuyos resultados sirvan como base para el rediseño curricular.

OBJETIVOS DE PROCESO.

- 1.0 Analizar el Campo Profesional Médico actual en Chiapas, ubicando las distintas prácticas profesionales en él. Lo anterior, enmarcado en las políticas presidenciales, las características sociodemográficas de Chiapas, y la situación de salud-enfermedad de la población en la Entidad.
- 2.0 Analizar el Campo Educativo Médico actual en el Estado de Chiapas.
  - 2.1 Analizar el Plan de Estudios de la Universidad Autónoma de Chiapas.

- 2.1.1 Conocer cuál es la práctica social de la medicina que integra los contenidos del plan de estudios.
  - 2.1.2 Analizar la organización curricular "modular" expresada en el plan de estudios.
  - 2.1.3 Analizar aspectos conceptuales del proceso salud-enfermedad implícitos en el plan de estudios.
- 2.2 Analizar información proporcionada por docentes y alumnos de la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Chiapas, a través de encuesta.
- 2.2.1 Conocer cuál es la imagen de la práctica profesional de la medicina, dominante en docentes y alumnos de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH.
  - 2.2.2 Conocer la opinión de docentes y alumnos de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH. respecto a un posible rediseño curricular.
  - 2.2.3 Conocer la disposición de docentes y alumnos de la Institución a participar en un posible rediseño curricular.
  - 2.2.4 Conocer, a través de la opinión de docentes y alumnos de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH., algunos de los elementos de importancia a ser considerados en el rediseño curricular.
- 3.0 Analizar la relación que existe entre el campo profesional médico y la educación médica en Chiapas, a través de la categoría "práctica profesional".

4.0 Analizar el campo profesional médico y la educación médica en Chiapas, en relación a la situación de salud-enfermedad de la población en la Entidad.

#### ANÁLISIS DEL CAMPO PROFESIONAL MEDICO EN CHIAPAS.

Para lograr el objetivo 1.0, se analizará la importancia de los servicios médicos institucionalizados en Chiapas (IMSS, ISSSTE, SSA, DIF, INI) a partir de su cobertura nominal por niveles de atención. El primer nivel de atención médica se igualará, para efecto de este trabajo, a Medicina Comunitaria; y el segundo nivel de atención médica a Medicina Hospitalaria.

Este análisis se complementará con la descripción del espacio social que cubre cada una de estas prácticas, el cual se obtendrá de referencias bibliográficas.

La importancia de las prácticas Medicina Privada Liberal y Medicina Privada de Grupo, dentro del campo profesional médico de Chiapas, se inferirá a partir de su cobertura nominal, según estimaciones obtenidas en fuentes oficiales para Chiapas.

Dentro del análisis del Campo Profesional Médico en Chiapas, se incluirán aspectos sociodemográficos del Estado de Chiapas, que permitan caracterizar su situación en relación al resto del país, así como la situación de salud-enfermedad de la población del Estado de Chiapas, en relación al resto del país. Este último aspecto, será analizado a partir de las principales causas de mortalidad en la Entidad por grupos de edad.

## ANALISIS DEL CAMPO EDUCATIVO MEDICO DE CHIAPAS.

Para lograr el objetivo 2.1 se analizarán tres aspectos diferentes y complementarios del plan de estudios.

Para lograr el objetivo 2.1.1:

a) Se elaborará un mapa curricular para obtener una visión general y de conjunto de la estructura y organización del plan de estudios.

b) Se separarán las actividades de enseñanza-aprendizaje en actividades teóricas y actividades prácticas, las cuales se analizarán por separado.

### Actividades Teóricas.

-----

c) Se describirá su objeto (prevención, curación y rehabilitación); y sus niveles de acción (individual, familiar y colectivo). La información se obtendrá de los objetivos generales de cada unidad por módulo, descritos en el plan de estudios.

d) Se clasificarán las actividades teóricas en: Biomédicas, Clínicas y Sociomédicas, según la propuesta de la ANUIES.\* (20)

-----

\* Es conveniente aclarar, que aunque los autores hacen esta propuesta para los planes de estudio por asignaturas, es aplicable al plan de estudios de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH., en virtud de que la organización y descripción de los contenidos aparecen prácticamente por asignaturas, aunque oficialmente se trata de una organización curricular modular. Por otra parte se menciona como una limitante el hecho de que alguna de las asignaturas puedan tener contenidos que abarquen más de un área de las propuestas, lo que es más factible en la organización curricular modular; sin embargo, consideramos que un área se constituye en dominante en cada asignatura, lo que permite clasificarla. Además, teniendo acceso a los contenidos de cada asignatura, se facilita la tarea. Por último, remitimos al lector, al anexo No. 1 al final de este trabajo.

Esta clasificación se hará tomando información de los objetivos por unidad de enseñanza-aprendizaje de cada módulo.

Los datos serán presentados en un cuadro ("Actividades teóricas por áreas"). En él, se anotará el puntaje (valor) otorgado a cada unidad en el área correspondiente. Los puntos serán sumados y presentados en porcentajes, lo que permitirá inferir la importancia otorgada a cada una de estas áreas en el total de contenidos en el plan de estudios.

#### Actividades Prácticas.

e) Se desglosarán en: Actividades Clínicas, Laboratorio, Servicio, Investigación y Participación, por módulo.

Posteriormente, ya agrupadas, se presentarán en el cuadro "Actividades Prácticas por Areas". En él se anotará el puntaje (valor) descrito en el plan de estudios para cada una de ellas. Los puntos serán sumados y presentados en porcentajes, lo que permitirá inferir la importancia otorgada a cada una de estas actividades en el plan de estudios.

f) Las actividades clínicas serán separadas en primero y segundo niveles de atención en que se realizan. La información se obtendrá de la descripción de las actividades clínicas a realizar por módulo. Se le asignará el valor correspondiente al primero y segundo niveles de atención. Si las actividades clínicas se realizan en los dos niveles, los puntos serán divididos equitativamente entre ambos.

Para lograr el objetivo 2.1.2 se tomará como base un modelo teórico de "organización curricular modular", para lo cual se hará la discusión teórica al respecto, enfatizando en los siguientes aspectos:

- Concepto de enseñanza-aprendizaje.
- Relación universidad-sociedad.
- Papel de la Investigación en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

A partir de una toma de posición respecto a la organización curricular modular, se hará el análisis de la organización curricular expresada en el plan de estudios de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH.

Para lograr el objetivo 2.1.3 se elaborará un cuadro para seleccionar "causalidad", "objeto" y "niveles de acción" de las actividades teóricas por módulo. La información será obtenida de los enunciados de los objetivos particulares para cada módulo del plan de estudios.

Para lograr el objetivo 2.2 se aplicará una encuesta a docentes y alumnos de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH.

Para lograr el objetivo 2.2.1 se analizarán las respuestas de las preguntas seleccionadas, para posteriormente hacer los cruces pertinentes. Lo anterior permitirá conocer la orientación dominante en docentes y alumnos de la Institución en relación a las distintas prácticas sociales de la medicina.

Para lograr los objetivos 2.2.2 y 2.2.3 se analizarán estadísticamente los resultados de la encuesta en los que se hace referencia a esos aspectos. Los resultados se presentarán en cuadros y gráficos.

Para lograr el objetivo 3.0 se utilizará la categoría "práctica profesional", contrastando la práctica profesional dominante en la formación de médicos en Chiapas, con la práctica profesional dominante en el campo profesional médico en Chiapas.

Para lograr el objetivo 4.0 se tomarán como base documentos oficiales, así como los resultados del objetivo 3.0.

### 3.1 CATEGORIAS, VARIABLES E INDICADORES.

Para el análisis del plan de estudios y de la encuesta, utilizamos las categorías: CAMPO PROFESIONAL, PRACTICA PROFESIONAL y CONCEPTO DE SALUD-ENFERMEDAD.

CAMPO PROFESIONAL: Se refiere al nivel de la división social del trabajo en el que se agrupan las prácticas profesionales.

Para efecto de este trabajo, el campo profesional incluye las siguientes prácticas profesionales:

- Medicina Privada Liberal
- Medicina Privada de Grupo
- Medicina Hospitalaria
- Medicina Comunitaria

PRACTICA PROFESIONAL: En términos de desarrollo, y en forma muy general, las prácticas profesionales pueden ubicarse como:

- emergente (Medicina comunitaria)
- estable (Medicina hospitalaria)
- decadente (medicina privada liberal)

La práctica profesional dominante es "aquella que proyecta su influencia moldeadora sobre las demás prácticas, y cuya imagen se recoge en las mayoría de los currícula". (98)

En el campo profesional actual de la medicina, la práctica dominante es la Medicina Hospitalaria altamente especializada.

Cada práctica social de la medicina se asocia con distintos momentos de las relaciones de producción capitalistas, y se asocia con intereses específicos de un grupo social determinado.

Para que una práctica profesional integre un currículum requiere que la correlación de fuerzas al interior de la Universidad la favorezca.

Cada práctica social cumple una función económica específica y se asocia a determinados grupos de población, espacio social.

-Medicina privada liberal: se ubica dentro de la circulación del capital y es una forma artesanal, remanente que tiende a desaparecer. Se asocia a grupos sociales diversos.

-Medicina privada de grupo: Su función económica es la producción de plusvalía, se asocia a la clase dominante, incluyendo a los sectores medios.

-Medicina hospitalaria institucional: su función económica es el mantenimiento de la fuerza de trabajo para la producción y reproducción del capital. Se dirige a los trabajadores que participan en la producción de bienes materiales (obreros) y a los trabajadores del Estado (burócratas).

-Medicina Comunitaria: su función económica está relacionada con la expansión del consumo de medicamentos y servicios médicos. Se proyecta sobre dos grupos sociales específicos: marginales y campesinos.

La práctica profesional involucra un "objeto". El objeto general en el caso de la medicina, puede descomponerse en tres áreas: prevención, curación y rehabilitación. Consideramos que aunque la práctica de la medicina está actualmente dominada por

las acciones curativas orientadas al individuo, en el caso de la medicina comunitaria, la prevención tiene mayor peso que la curación, y la rehabilitación no existe en este nivel; de ahí nuestra propuesta de incluir el "objeto" dividido en sus tres grandes áreas, para diferenciar y caracterizar las distintas prácticas profesionales, principalmente la medicina comunitaria.

Para el análisis de las distintas prácticas profesionales presentes en el plan de estudios, incluimos dos indicadores más: "niveles de acción" que indica hacia quién o quiénes se orienta la atención médica y que puede ser Individual, Familiar y Colectivo; y el "nivel de la atención médica en que se realiza la práctica clínica" y que incluye los niveles Primero, Segundo y Tercero, según la clasificación de los servicios institucionalizados de atención médica (99), y que permite diferenciar básicamente la medicina hospitalaria de la medicina comunitaria, ubicándolas en el primero y segundo nivel de atención médica respectivamente.

-Primer Nivel: Se refiere a los servicios médicos institucionalizados cuyos principales programas son:

- Atención médica.
- Nutrición.
- Control de enfermedades transmisibles, prevenibles por vacunación..
- Educación para la salud.
- Promoción de obras de desarrollo comunal.
- Salud bucal.
- Actividades de apoyo.

- Segundo Nivel: Actividades médicas institucionalizadas que se caracterizan por un subsistema hospitalario compuesto por unidades dimensionadas en función de indicadores precisos de cobertura a una población determinada proporcionando atención en las cuatro ramas básicas de la medicina: Cirugía, Medicina Interna, Pediatría y Ginecobstetricia, tanto en hospitalización como en consulta externa.
- Tercer Nivel: Incluye unidades médico-hospitalarias de alta complejidad, laboratorios de salud pública y acciones de control ambiental.

MEDICINA PRIVADA LIBERAL: Se caracteriza por orientarse al individuo, y no se relaciona con los servicios médicos institucionalizados por lo que no se ubica en ninguno de los niveles de atención médica propuestos.

MEDICINA PRIVADA DE GRUPO: la diferencia entre la medicina privada liberal y la medicina privada de grupo, está dada básicamente por el mercado de trabajo. Por ello el objeto, el nivel de acción y el nivel de atención médica en que se realiza la práctica clínica, expresados en los contenidos del plan de estudios no difieren en cuanto a la orientación de estas dos prácticas profesionales.

MEDICINA COMUNITARIA: Se caracteriza por enfocarse básicamente a la prevención y promoción de la salud, aunque contempla actividades de atención médica curativas.

El nivel de acción se divide entre el individual y colectivo, aunque debe orientarse más a la colectividad que al individuo. El nivel de atención médica en que se realiza esta práctica es el primer nivel.

MEDICINA HOSPITALARIA: esta práctica es eminentemente curativa, con elementos de rehabilitación en algunos casos. Se orienta principalmente al individuo. El nivel de atención médica en que se realiza la práctica clínica de un plan de estudios orientado a esta práctica profesional es el segundo nivel de atención médica.

Para el análisis de las prácticas profesionales en los datos proporcionados por la encuesta, se tomó en cuenta:

- 1.- "objeto": curación, prevención y rehabilitación.
- 2.- "espacio social": obreros, campesinos, empresarios, etc.
- 3.- "sitio ocupacional": consultorio, clínica de campo, hospital y clínica particular.
- 4.- "Forma de ejercicio profesional": individual, con otros médicos e interdisciplinariamente.

Lo anterior, para diferenciar y caracterizar las distintas prácticas profesionales, ubicando la medicina privada liberal asociada con "consultorio", la medicina privada de grupo asociada con "clínica particular", la medicina comunitaria asociada con "clínica de campo", y la medicina hospitalaria asociada con "hospital". El indicador "forma de ejercicio profesional", se relaciona con la medicina privada liberal, si la preferencia es el trabajo individual; con la medicina privada de grupo y

hospitalaria si la preferencia es con otros médicos, y con la medicina comunitaria si la preferencia individual o interdisciplinariamente.

CONCEPTO DE SALUD-ENFERMEDAD: El concepto de salud-enfermedad ha variado en diferentes momentos históricos estrechamente ligado a las condiciones de salud-enfermedad de la población y a la correlación de fuerzas al interior de la sociedad en esos momentos determinados. Esta categoría puede caracterizarse, a partir de la variable "causalidad", misma que puede expresarse en tres modelos:

- Modelo unicausal o "microbiológico"
- Modelo multicausal o "epidemiológico"
- Modelo social

Modelo Unicausal o "microbiológico": la expresión mas clara del modelo unicausal es la microbiología, cuyo desarrollo en el siglo XIX reforzó la conceptualización de la enfermedad como fenómeno biológico, individual (100). Lo clasificado dentro del grupo "microbiológico" en este trabajo, hace referencia a toda concepción unicausal del proceso salud-enfermedad, y a la expresión biológica e individual del mismo.

Modelo multicausal o "epidemiológico": Este modelo implica una concepción más amplia del proceso salud-enfermedad, ya que no tiene una causa única sino múltiples causas; también se le concibe como un proceso que no se expresa solamente en el individuo sino en la colectividad. Se empiezan a tomar en cuenta factores sociales en la determinación del proceso salud-enfermedad, pero sin jerarquía alguna.

Cabe aclarar, que aunque en la investigación epidemiológica, existe un debate entre los modelos de multicausalidad y el modelo social en la determinación del proceso salud-enfermedad, para efecto de este trabajo, agrupamos en el rubro "epidemiológico" a todas aquellas referencias de causalidad que exceden lo exclusivamente biológico e individual, sin llegar al modelo de determinación social de la enfermedad.

Modelo Social: Conceptualiza el proceso salud-enfermedad, como un proceso biológico humano, en el que lo social se torna determinante sobre lo biológico e individual.

CAMPO EDUCATIVO (PLAN DE ESTUDIOS)

| CATEGORIA            | VARIABLE                   | INDICADORES   | DEFINICION   |
|----------------------|----------------------------|---|--|
| Práctica profesional | Medicina Privada Liberal   | OBJETO: Curación  | Curación: Actividades médicas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.   |
|                      |                            | NIVEL DE ACCION: Individual   | Individual: Se refiere al conjunto de contenidos teórico-prácticos de la medicina que orientan la acción médica,   |
|                      |                            | NIVEL DE ATENCION: MEDICA EN QUE SE REALIZA LA PRACTICA MEDICA.   | (*) La clasificación de atención médica por niveles de atención, se usa exclusivamente para los servicios médicos institucionalizados.   |
|                      |                            | (*)   | La medicina privada liberal, por tanto no puede ubicarse dentro de esta clasificación.   |
|                      | Medicina Privada de Grupo. | OBJETO: Curación  | IDEM   |
|                      |                            | NIVEL DE ACCION: Individual   | IDEM   |
|                      |                            | NIVEL DE ATENCION: MEDICA EN QUE SE REALIZA LA PRACTICA MEDICA.   | (*) IDEM   |
|                      |                            | (**)  | (**) La diferencia entre la medicina privada liberal y la medicina privada de grupo, está dada básicamente por el sitio ocupacional; de ahí que no se mencionen diferencias en cuanto al "objeto", "nivel de acción" y "nivel de atención en que se realiza la práctica médica.  |
|                      | Medicina Comunitaria       | OBJETO: Fundamentalmente: prevención, aunque también comprende acciones orientadas a la curación.                                 | Curación: IDEM<br>Prevención: Actividades médicas orientadas a evitar la enfermedad pueden dirigirse al individuo, a la familia o a la colectividad.   |
|                      |                            | NIVEL DE ACCION: Debe orientarse prioritariamente a la colectividad, aunque también comprende actividades dirigidas al individuo. | Individual: IDEM<br>Colectivo: Se refiere al conjunto de contenidos teórico-prácticos de la medicina que orientan las acciones médicas sobre la colectividad. Implica una concepción amplia del proceso salud-enfermedad y tiene un contenido esencialmente preventivo.  |
|                      |                            | NIVEL DE ATENCION: EN QUE SE REALIZA LA PRACTICA MEDICA. Primer Nivel   | Primer Nivel de Atención Médica: Se refiere al grupo de servicios médicos institucionalizados, cuyo objetivo central es la promoción y prevención de la salud. Sus principales programas son: Atención médica, educación para la salud, promoción de obras de desarrollo comunal, control de enfermedades transmisibles por vacunación, etc. |

CAMPO EDUCATIVO (PLAN DE ESTUDIOS)

| CATEGORIA                     | VARIABLE              | INDICADORES   | DEFINICION  |
|-------------------------------|-----------------------|---|---|
| Práctica profesional          | Medicina Hospitalaria | OBJETO:<br>Curación   | Curación: Actividades médicas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.  |
|                               |                       | NIVEL DE ACCION:<br>Individual  | Individual: Se refiere al conjunto de contenidos teórico-prácticos de la medicina que orientan la acción médica, hacia el individuo.  |
|                               |                       | NIVEL DE ATENCION:<br>EN QUE SE REALIZA:<br>LA PRACTICA<br>MEDICA.<br>Segundo Nivel | Segundo Nivel de Atención Médica: Comprende las actividades médicas institucionalizadas que se caracterizan por un subsistema hospitalario compuesto por unidades dimensionadas en función de indicadores precisos de cobertura a una población determinada; proporcionando atención en las cuatro ramas básicas de la medicina: pediatría, cirugía, medicina interna y ginecoobstetricia, tanto en hospitalización como en consulta externa. |
| Concepto de Salud-Enfermedad. | Causalidad            | Modelo UNICAUSAL:<br>o "microbiológico"   | La expresión más clara del modelo unicausal, es la microbiología. Su desarrollo en el siglo XIX reforzó la conceptualización de la enfermedad como fenómeno biológico, individual, en un momento de "visibilidad" del origen social de las enfermedades.  |
|                               |                       | Modelo MULTICAUSAL<br>o "epidemiológico"  | Conceptualiza el proceso salud-enfermedad como un proceso de causas múltiples y no provocado por una causa única. Sus expresiones más conocidas son la "Red de causalidad" de Mc Mahon y la Tríada Ecológica de Leavell y Clark.  |
|                               |                       | Modelo SOCIAL   | Conceptualiza el proceso salud-enfermedad, como un proceso biológico humano, en el que lo social, se torna determinante sobre lo biológico e individual. Los patrones de enfermedad son histórico-sociales.   |

CAMPO EDUCATIVO (ENCUESTA)

| CATEGORIA            | VARIABLE                  | INDICADORES                    | ESCALA   |
|----------------------|---------------------------|--------------------------------|--|
| Práctica profesional | Medicina Privada Liberal  | OBJETO: Curación               | - Preferencia de actividad profesional: Únicamente Medicina Clínica  |
|                      |                           |                                | - Orientación exclusiva de la práctica médica al diagnóstico y tratamiento (clínica): Estar de acuerdo   |
|                      |                           | ESPACIO SOCIAL:                | - Preferencia asistencial a: A todos.<br>Sin preferencia asistencial a grupos específicos de población.  |
|                      |                           | SITIO OCUPACIONAL:             | - Preferencia de sitio ocupacional: Consultorio  |
|                      |                           | FORMA DE EJERCICIO PROFESIONAL | - Preferencia de forma de ejercicio profesional: Individualmente   |
|                      | Medicina Privada de Grupo | OBJETO: Curación               | - Preferencia de actividad profesional: Únicamente Medicina Clínica  |
|                      |                           |                                | - Orientación exclusiva de la práctica médica al diagnóstico y tratamiento (clínica): Estar de acuerdo   |
|                      |                           | ESPACIO SOCIAL:                | - Preferencia asistencial a: A grupos de población que puedan pagar los servicios (trabajadores independientes, políticos empresarios); o bien: A todos (sin preferencia asistencial a algún grupo específico de población). |
|                      |                           | SITIO OCUPACIONAL:             | - Preferencia de sitio ocupacional: Clínica particular   |
|                      |                           | FORMA DE EJERCICIO PROFESIONAL | - Preferencia de forma de ejercicio profesional: Con otros médicos   |

CAMPO EDUCATIVO (ENCUESTA)

| CATEGORIA            | VARIABLE                            | INDICADORES                    | ESCALA  |
|----------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---|
| Práctica profesional | Medicina Hospitalaria Institucional | OBJETO:                        | - Preferencia de actividad profesional: Únicamente Medicina Clínica   |
|                      |                                     | Duración                       | - Orientación exclusiva de la práctica médica al diagnóstico y tratamiento (clínica): Estar de acuerdo  |
|                      |                                     | ESPACIO SOCIAL:                | - Preferencia asistencial a: Especialmente a trabajadores asalariados, aunque puede no expresar preferencia por algún grupo de población. (A todos) |
|                      |                                     | SITIO OCUPACIONAL:             | - Preferencia de sitio ocupacional: Hospital  |
|                      |                                     | FORMA DE EJERCICIO PROFESIONAL | - Preferencia de forma de ejercicio profesional: Con otros médicos.   |
|                      | Medicina Privada de Grupo           | OBJETO:                        | - Orientación de la práctica médica a los aspectos preventivos de la medicina: De acuerdo.  |
|                      |                                     | Prevenición                    |   |
|                      |                                     | ESPACIO SOCIAL:                | - Preferencia asistencial a: A campesinos   |
|                      |                                     | SITIO OCUPACIONAL:             | - Preferencia de sitio ocupacional: Clínica de Campo  |
|                      |                                     | FORMA DE EJERCICIO PROFESIONAL | - Preferencia de forma de ejercicio profesional: Individual o Interdisciplinariamente.  |

RESULTADOS, ANALISIS Y CONCLUSIONES.

CAPITULO IV

4.1. RESULTADOS, ANALISIS Y CONCLUSIONES DEL CAMPO EDUCATIVO.  
4.1.1. El plan de estudios de la Escuela de Medicina de la  
Universidad Aut6noma de Chiapas.

#### 4.1.1 EL PLAN DE ESTUDIOS DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UN.A.CH.

Al analizar el plan de estudios en todas sus fases, se tomó como referente el valor en puntos otorgado a cada actividad, en lugar de las horas de trabajo asignadas a las mismas. Lo anterior en función de que:

- a) No se describe en el plan de estudios el número de horas asignado a cada actividad, y
- b) El valor en puntos proporciona una visión clara de la importancia otorgada a cada actividad en la elaboración del plan de estudios. Además, se aproxima a una correspondencia proporcional al número de horas asignada a cada actividad.

En términos generales, el plan de estudios comprende 416 créditos obligatorios, divididos según se muestra en el cuadro 4.1.1.1

Se trata de un plan de estudios "transversal", dividido en diez módulos. El décimo módulo es el internado rotatorio de pregrado. Por tratarse este último de una actividad obligatoria que en la mayoría de los casos no está dirigida por la institución educativa de donde provienen los estudiantes, no se tomará en cuenta al analizar el plan de estudios.

Del total de puntos asignados a las actividades de enseñanza-aprendizaje, 74.6% corresponde a las actividades teóricas, y 25.4% a las actividades prácticas. (Ver anexo No. 2).

Cuadro No. 4.1.1.1

| CREDITOS OBLIGATORIOS MINIMOS |          |       |      |
|-------------------------------|----------|-------|------|
| MODULO                        | CREDITOS | HORAS |      |
| MODULO I                      | 45       | T     | 18/S |
|                               |          | P     | 9/S  |
| MODULO II                     | 56       | T     | 23/S |
|                               |          | P     | 10/S |
| MODULO III                    | 51       | T     | 19/S |
|                               |          | P     | 13/S |
| MODULO IV                     | 41       | T     | 18/S |
|                               |          | P     | 5/S  |
| MODULO V                      | 40       | T     | 15/S |
|                               |          | P     | 10/S |
| MODULO VI                     | 45       | T     | 15/S |
|                               |          | P     | 15/S |
| MODULO VII                    | 32       | T     | 12/S |
|                               |          | P     | 8/S  |
| MODULO VIII                   | 45       | T     | 15/S |
|                               |          | P     | 15/S |
| MODULO IX                     | 36       | T     | 13/S |
|                               |          | P     | 10/S |
| MODULO X                      | 25       | T     | 10/S |
|                               |          | P     | 5/S  |
| TOTAL                         | 416      |       |      |

Fuente: Plan de Estudios, Escuela de Medicina de la UN.A.CH. 1982-1984.

Tal y como describimos en la metodología, la primera parte del análisis corresponde a las actividades teóricas.

La revisión cuidadosa de los objetivos de cada módulo, permite observar, que en los módulos I al VII, el "objeto" es la curación, mencionándose aspectos preventivos únicamente en los módulos IV "infectología y IX "medicina psicosocial".

En relación a los "niveles de acción", en todos los módulos predomina la atención individual, mencionándose la atención dirigida a la colectividad en los módulos IV y IX. En ningún caso se menciona la atención orientada a la familia. (Cuadro No 4.1.1.2)

Cuadro No. 4.1.1.2

Aspectos conceptuales implícitos en las actividades teóricas.

| MÓDULO | CAUSALIDAD |       |        | OBJETO |             | NIVELES DE ACCION |      |        |
|--------|------------|-------|--------|--------|-------------|-------------------|------|--------|
|        | Micro.     | Epid. | Social | Curac. | Prev. Reab. | Ind.              | Fam. | Colec. |
| I      | X          |       |        | X      |             | X                 |      |        |
| II     | X          |       |        | X      |             | X                 |      |        |
| III    | X          |       |        | X      |             | X                 |      |        |
| IV     | X          | X     |        | X      | X           | X                 |      | X      |
| V      | X          |       |        | X      |             | X                 |      |        |
| VI     | X          |       |        | X      |             | X                 |      |        |
| VII    | X          |       |        | X      |             | X                 |      |        |
| VIII   | X          |       |        | X      |             | X                 |      |        |
| IX     | X          | X     |        | X      | X           | X                 |      | X      |

Fuente: Plan de Estudios, Escuela de Medicina de la UN.A.CH. 1982-1984. México.

Inicialmente, los datos anteriores nos indican una inclinación muy marcada a la medicina curativa, orientada a los individuos y, solamente como complemento, desarticulada del resto de los contenidos, encontramos aspectos preventivos orientados a la colectividad.

Aproximadamente 65% de los contenidos pertenecen al área clínica; 30% al área biomédica; y solamente 5% al área sociomédica. (Cuadros Nos. 4.1.1.3 y 4.1.1.3'. Gráficos Nos. 4.1.1.1 y 4.1.1.2).

Cuadro No. 4.1.1.3

Actividades Teóricas por Areas.

| MODULO                                 | CLINICAS |       | BIOMEDICAS |       | SOCIOMEDICAS |      |
|--|----------|-------|------------|-------|--------------|------|
|  | PTS      | %     | PTS        | %     | PTS          | %    |
| I Repro-<br>ducción.                   | 58       | 10.08 | 10         | 1.3   | 5            | 0.86 |
| II Crecimien-<br>to y desarro-<br>llo. | 25       | 4.34  | 45         | 7.82  | -            | -    |
| III Nutri-<br>ción.                    | 22.5     | 3.91  | 37.5       | 6.52  | -            | -    |
| IV Infecto-<br>logía.                  | 55       | 9.56  | 10         | 1.73  | -            | -    |
| V Hemodina-<br>mia.                    | 54       | 9.39  | 8          | 1.39  | -            | -    |
| VI Patolo-<br>gía Q.I.                 | 58       | 10.08 | 2          | 0.34  | -            | -    |
| VII Metabo-<br>lismo.                  | 32.5     | 5.65  | 27.5       | 4.78  | -            | -    |
| VIII Patolo-<br>gía Q.II               | 30       | 5.21  | 30         | 5.21  | -            | -    |
| IX Medicina<br>psicosocial.            | 42.5     | 7.39  | -          | -     | 22.5         | 3.91 |
| TOTAL                                  | 377.5    | 65.65 | 170        | 29.56 | 27.5         | 4.78 |

Fuente: Plan de Estudios, Escuela de Medicina, UN.A.CH.  
1982-1984. México.

Cuadro No. 4.1.1.3'

Resumen del Cuadro No 4.1.1.3

Actividades Teóricas por Areas.

| MODULO             | CLINICAS |       | BIOMEDICAS |       | SOCIOMEDICAS |      | TOTAL |     |
|--------------------|----------|-------|------------|-------|--------------|------|-------|-----|
|                    | PTS      | %     | PTS        | %     | PTS          | %    | PTS   | %   |
| MODULOS<br>I AL IX | 377.5    | 65.65 | 170        | 29.56 | 27.5         | 4.78 | 575   | 100 |

Fuente: Plan de Estudios, Escuela de Medicina de la UN.A.CH.  
1982-1984. México.

La distribución de contenidos entre las áreas mencionadas, varía considerablemente de un módulo a otro. Así, encontramos en el módulo I "reproducción", 10.08% -en relación al total de puntos asignados a las actividades teóricas- de contenidos en el área clínica, contra 1.73% de contenidos en el área biomédica y 0.86% en el área sociomédica.

En el módulo III "nutrición", encontramos 3.91% de contenidos ubicados en el área clínica, contra 6.52% de contenidos en el área biomédica y 0.86% en el área sociomédica. Esta misma distribución la encontramos en el módulo II "crecimiento y desarrollo". La ausencia de contenidos en el área sociomédica, se presenta en los módulos II al VIII; observándose la presencia de estos en los módulos I y IX pero en proporción mínima.

En los módulos VII y VIII, los contenidos están divididos entre el área clínica y el área biomédica en forma casi equitativa. El resto de los módulos presenta diferencias tan marcadas entre ambas áreas como la descrita para el módulo I.

ACT. TEORICAS POR AREAS, EVALUACION DEL  
PLAN DE ESTUDIOS, ESC. MED. UNACH 87-88

GRAFICO No. 4.1.1.1.

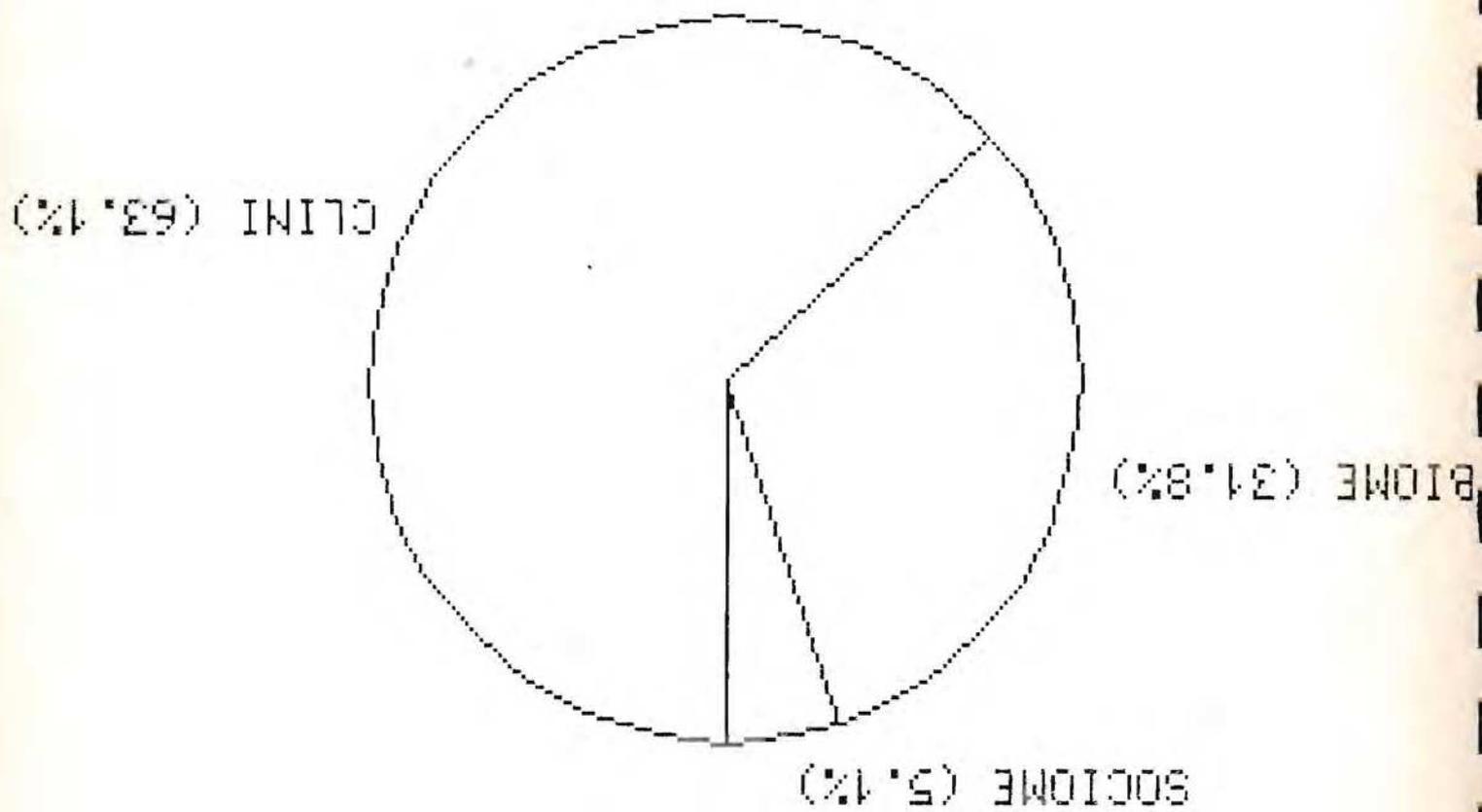
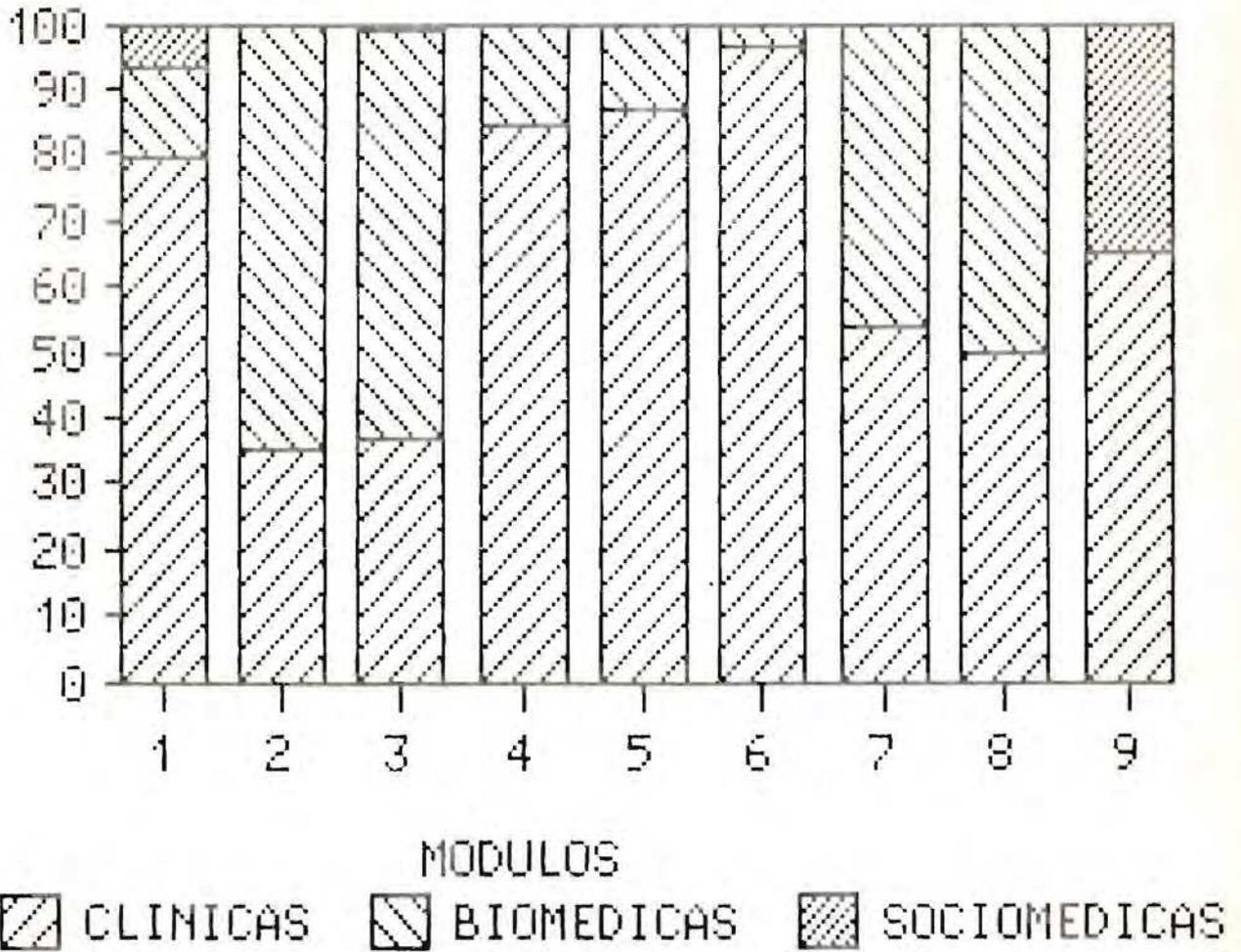


GRÁFICO No. 4.1.1.2

ACT. TEORIC. POR AREAS. TODOS LOS MODULOS  
PLAN DE ESTUDIOS., ESC. MED. UNACH 87-88.



Si bien la distribución irregular por módulo descrita anteriormente puede atribuirse en parte a los contenidos propios de cada módulo, no la explica totalmente. Este fenómeno parece estar relacionado, más bien, con el hecho de que el plan de estudios fué elaborado a posteriori en relación a la puesta en marcha de dichos módulos. Esto significa, que los contenidos fueron seleccionados empíricamente, sin la construcción de un eje de enseñanza-aprendizaje, que articulara a todos los módulos bajo un objetivo común. De ahí el hecho de que no exista ninguna relación entre ellos.

La distribución de los contenidos por áreas, revela un marcado interés en el diagnóstico y tratamiento, en contraposición a la poca importancia otorgada a los aspectos biomédicos y a la ínfima importancia otorgada a los aspectos sociomédicos.

En relación a las actividades prácticas, conviene mencionar, en qué consisten las actividades de investigación y servicio.

Por actividades de investigación se entiende: el reporte de actividades clínicas o de campo; la elaboración de diagnósticos de salud; una asignatura llamada "metodología de la enseñanza" a la que se le asignan dos horas por semana (en aula) en algunos módulos. En ningún caso se consigna la entrega de un trabajo de investigación terminado, limitándose, en algunos casos, a la elaboración de un protocolo de investigación.

Por servicio, se entiende la realización de algunas actividades , tales como la elaboración de un diagnóstico de salud, o la participación en campañas de vacunación, en comunidades seleccionadas.

Las actividades de servicio descritas, estan programadas únicamente en dos módulos de la Carrera.

Al desglosar las actividades prácticas en : "actividades clínicas", "servicio", "investigación", "participación" y "laboratorio clínico", encontramos lo siguiente.

46.47% de las actividades prácticas corresponde a las actividades clínicas; 6.84% a las actividades de servicio; 30.82% a investigación; 1.36% a participación en clases; y 14.38% a laboratorio clínico. (Cuadros Nos. 4.1.1.4 y 4.1.1.4', y Gráficos Nos. 4.1.1.3 y 4.1.1.4).

Las actividades clínicas en su totalidad (46.6%), se realizan en consultorios clínicos de especialidad y en hospitales, por lo que se condieran como de segundo nivel de atención médica. Las actividades prácticas realizadas en el primer nivel de atención médica están referidas en el plan de estudios como "servicio".

La puntuación otorgada a la participación individual en clases sólo se consigna en el primer módulo.

Cuadro No. 4.1.1.4

Actividades Prácticas por Areas.

| MODULO | CLINICAS   |  |           |  | SERVICIO | INVESTI-<br>GACION. | PARTI-<br>FACION. | LABO-<br>RATORIO |
|--------|------------|--|-----------|--|----------|---------------------|-------------------|------------------|
|        | 1er. NIVEL |  | 2o. NIVEL |  |          |                     |                   |                  |
|        | PTS        |  | PTS       |  |          |                     |                   |                  |
| I      | -          |  | 3         |  | -        | -                   | 2                 | 2                |
| II     | -          |  | -         |  | -        | 5                   | -                 | 5                |
| III    | -          |  | 6         |  | -        | 10                  | -                 | 4                |
| IV     | -          |  | 5         |  | 2.5      | 2.5                 | -                 | 3                |
| V      | -          |  | 18        |  | ACRED.   | -                   | -                 | ACRED.           |
| VI     | -          |  | 16        |  | -        | 4                   | -                 | -                |
| VII    | -          |  | 5         |  | -        | 10                  | -                 | -                |
| VIII   | -          |  | 15        |  | -        | 6                   | -                 | -                |
| IX     | ACRED.     |  | ACRED.    |  | 7.5      | 7.5                 | -                 | ACRED.           |
| TOTAL  | 0          |  | 68.0      |  | 10.0     | 45.0                | 2.0               | 21.0             |

Fuente: Plan de Estudios, Escuela de Medicina de la UN.A.CH. 1982.1984.

Cuadro No. 4.1.1.4'

Resumen del Cuadro No. 4.1.1.4

Actividades Prácticas por Areas.

| MODULOS    | CLINICAS   |   |           |      | SERVICIO | INVESTI-<br>GACION. | PARTI-<br>FACION. | LABO-<br>RATORIO |     |     |     |      |
|------------|------------|---|-----------|------|----------|---------------------|-------------------|------------------|-----|-----|-----|------|
|            | 1er. NIVEL |   | 2o. NIVEL |      |          |                     |                   |                  |     |     |     |      |
|            | PTS        | % | PTS       | %    |          |                     |                   |                  |     |     |     |      |
| I AL<br>IX |            |   |           |      | PTS      | %                   | PTS               | %                | PTS | %   | PTS | %    |
| TOTAL      | 0          | 0 | 68        | 46.6 | 10       | 6.8                 | 45                | 30.8             | 2   | 1.4 | 21  | 14.4 |

Fuente: idem.

Consideramos que en la conformación de la imagen de una práctica profesional de la medicina, las actividades prácticas juegan un papel fundamental en el médico en formación, al aprender en la práctica lo que "es la medicina".

ACT. PRACTICAS POR AREAS, EVALUACION DEL PLAN DE ESTUDIOS, ESC. MED. UNACH 87-88

GRAFICO No. 4.1.1.3

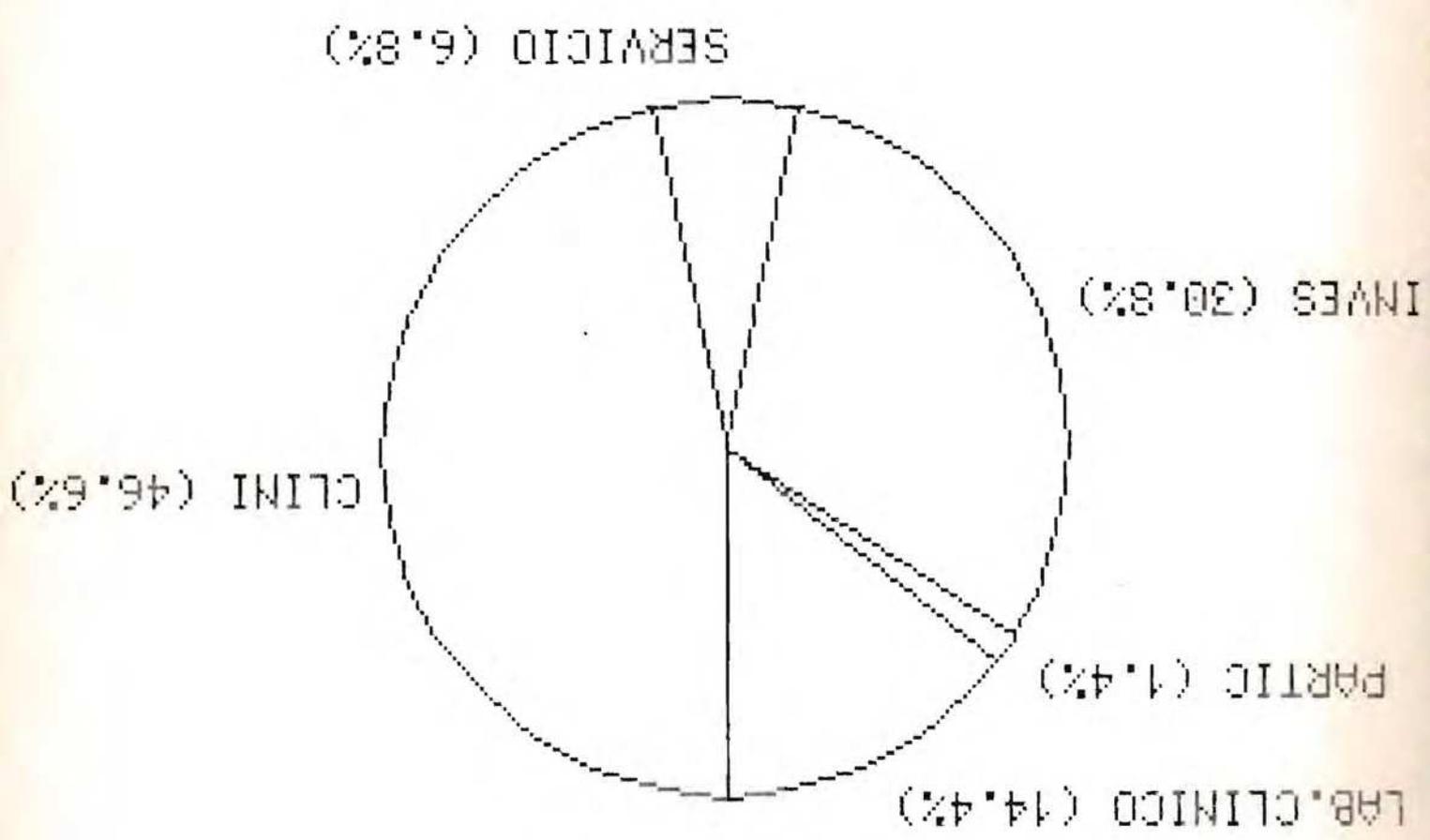
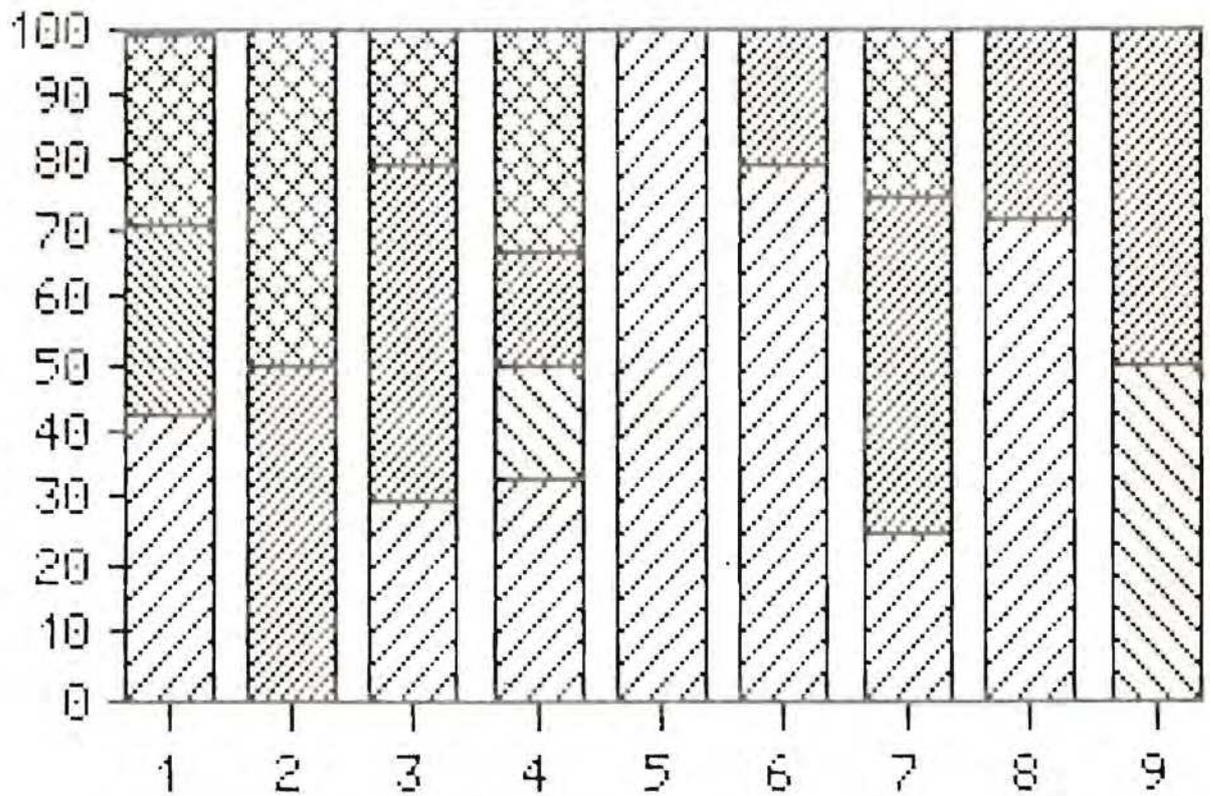


GRAFICO No. 4.1.1.4

ACT. PRACT. POR AREAS. TODOS LOS MODULOS  
PLAN DE ESTUDIOS., ESC. MED. UNACH 87-88.



MODULOS

CLINIC SERV. INVEST PARTIC LAB.

Las actividades prácticas refuerzan a las actividades teóricas en la conformación de la imagen, dominante, de una práctica profesional.

El plan de estudios analizado expresa objetivos eminentemente curativos, dirigidos al individuo, con tendencia a la resolución de problemas morbosos, sobre todo a nivel hospitalario; pero sin profundización teórica en aspectos biomédicos y sociomédicos, ni la suficiente preparación práctica en el primer nivel de atención médica.

Lo anterior tiene importantes implicaciones, ya que, al sumarse al problema del mercado de trabajo médico (10), necesariamente orienta al individuo a la especialidad clínica.

Para analizar algunos aspectos conceptuales implícitos en el plan de estudios, recurrimos a los objetivos particulares de cada módulo. Con dicha información se elaboró un cuadro (Cuadro No. 4.1.1.2). Como puede observarse, en él se presentan tres aspectos: "causalidad", "objeto" y "niveles de acción".

Los dos últimos ya fueron descritos y analizados en una parte de este trabajo. El primero, "causalidad", fué dividido con la finalidad de facilitar el análisis en "microbiológico", "epidemiológico" y "social".

Para hacer esta clasificación, partimos de considerar que el alcance explicativo de cada modelo de causalidad está condicionado por la elección del objeto de estudio, ya que de él depende el tipo de conocimiento que puede generarse, lo cual no es independiente de "cargas ideológicas". Asimismo, del tipo de

conocimiento generado, se deriva el tipo de respuestas y alcance de las mismas al proceso salud-enfermedad.

De esta forma, lo llamado "microbiológico" en el cuadro mencionado, hace referencia al modelo unicausal, cuya expresión más clara es la microbiología. (51) Lo clasificado en el rubro "microbiológico", en este trabajo, hace referencia a la expresión biológica e individual del proceso salud-enfermedad.

Lo "epidemiológico", implica una concepción más amplia del proceso salud-enfermedad, en el que la enfermedad no sólo es producto de una causa única sino de múltiples causas, y no se expresa únicamente en el individuo sino en la colectividad. En este caso, lo "epidemiológico" hace referencia a los modelos multicausal y ecologista.

Los modelos multicausal y ecologista, en el campo de la epidemiología, desde hace años, han establecido un debate con el modelo "social" de la determinación del proceso salud-enfermedad (52); sin embargo, en nuestra clasificación, ubicamos aquellas referencias de causalidad que exceden lo exclusivamente biológico e individual sin llegar al modelo de determinación social de la enfermedad.

El modelo de determinación social de la enfermedad, surge como respuesta a los problemas de salud-enfermedad colectivos, generados y evidenciados en la década de los sesentas. (53)

Actualmente, se encuentra en construcción una explicación teórico-metodológica al proceso biológico humano tal y como se da en los distintos grupos sociales en cada momento histórico. (52) (53).

Dentro del rubro "social", ubicamos a aquellas referencias de causalidad, que corresponderían al modelo de determinación social de la enfermedad, es decir, aquellas en que lo social se torna determinante sobre lo biológico e individual en el proceso salud-enfermedad.

Lo que consignamos en el cuadro 4.1.1.2 es, en todo caso, el enfoque predominante, en relación a la causalidad, implícito en los objetivos estudiados.

Cabe mencionar, que en algunos casos, se encontró énfasis en dos modelos de causalidad, sin priorizar ninguno, lo que no indujo a señalar ambos.

Se puede observar, en el cuadro No. 4.1.1.2, que en los nueve módulos se hace énfasis en el modelo unicausal, donde predomina lo biológico e individual, en el proceso salud-enfermedad. Se mencionan aspectos de multicausalidad ("epidemiológicos") en los módulos IV "infectología" y IX "medicina psicosocial".

Cabe aclarar, que en el módulo IX "medicina psicosocial", se incluyen "neurología", "psiquiatría", "medicina del trabajo" y "medicina social". Esto explica, en parte, la importancia otorgada a los factores biológicos como determinantes del proceso salud-enfermedad, ya que neurología, psiquiatría y medicina del trabajo, se enseñan como especialidades clínicas, sin problematizar su distribución, determinación y comportamiento en la población.

Como ya se mencionó anteriormente, el "objeto" referido como predominante en el plan de estudios, es la curación, y el "nivel de acción" el individuo. De esta forma podemos concluir, en relación a los aspectos conceptuales, que predomina lo "biológico", "curativo" e "individual" en los contenidos del plan de estudios analizado.

Si a lo anterior sumamos el hecho de la dominancia del área clínica en relación a las áreas biomédica y sociomédica en los contenidos teóricos; mas el hecho de realizar la totalidad de las actividades clínicas programadas en el segundo nivel de atención médica, tenemos que, la práctica profesional que integra el plan de estudios es la Medicina Hospitalaria.

Queremos aclarar, que las actividades orientadas a la Medicina Comunitaria, no necesariamente implican una conceptualización diferente del proceso salud-enfermedad, sin embargo, por su contenido esencialmente preventivo, orientado a la colectividad, las consideraremos, en este trabajo, dentro del rubro "epidemiológico" o "social".

En relación al perfil profesional, consideramos que debido a la extemporabilidad en la elaboración del plan de estudios, no existe congruencia entre el perfil profesional, los contenidos y la organización de estos a los largo de toda la carrera.

Cabe recordar, que aunque se hicieron varios intentos por integrar un perfil profesional que guiara la selección y organización de contenidos y actividades, este nunca fue concluido.

De esta forma, el perfil profesional que transcribimos a continuación, fué una propuesta personal de el Coordinador de la Carrera de Medicina en el período 1982-1984.

"El perfil médico del egresado de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH., será capaz de:

- 1.- Aplicar sus conocimientos, habilidades y destrezas en la atención integral del individuo y la comunidad.
- 2.- Aplicar el primer nivel de atención médica en la resolución de los padecimientos mas frecuentes del Estado y del país.
- 3.- Analizar el proceso salud-enfermedad en su relación con los aspectos sociales y económicos dentro de la colectividad.
- 4.- Distinguir su relación bio-psico-social al individuo sano del enfermo.
- 5.- Aplicar las diferentes acciones de prevención en el curso de cualquier patología de acuerdo a la historia natural de la enfermedad.
- 6.- Reconocer sus funciones o potencialidades en la atención de pacientes y su derivación a segundo y tercer nivel.
- 7.- Estar capacitado técnica y científicamente para resolver en forma efectiva los padecimientos de urgencia médico-quirúrgicos mas frecuentes en la práctica médica.
- 8.- Aplicar el método científico en el estudio de los problemas más relevantes que inicien el proceso salud-enfermedad del individuo y la comunidad tratando de proponer alternativas para su solución.

9.- Analizar la situación real de salud de una comunidad, ofreciendo perspectivas que permitan mejorar las condiciones de salud de acuerdo a los recursos existentes en ella.

10.- Reconocer la importancia del trabajo multidisciplinario en la atención a la salud"

En relación al concepto de salud-enfermedad implícito, expresado en un modelo de causalidad, el perfil profesional descrito se sustenta en la concepción multicausalista de la enfermedad, expresada en la Tríada Ecológica de Leavell y Clark. En ella, la salud es resultado del equilibrio ecológico entre tres factores: agente, huésped y medio ambiente; de tal forma, la enfermedad es el resultado del desequilibrio de estos tres factores. Lo social empieza a problematizarse en tanto agente de determinación, pero termina reducido a otro factor de riesgo que puede ser captado por el sentido común, interpretándose como un atributo del individuo y no como una relación entre los hombres. La enfermedad se sigue considerando un fenómeno individual. Este concepto de salud-enfermedad descrito en el perfil profesional difiere del encontrado en los contenidos del plan de estudios, ya que en éste, predomina la unicausalidad, aunque se encuentran presentes, en forma aislada, elementos de multicausalidad.

En relación a la orientación de la práctica profesional de los egresados, también existe discrepancia entre el perfil profesional y el plan de estudios, ya que el primero hace referencia en forma predominante a la atención médica de primer nivel, mientras que en el plan de estudios la orientación dominante es hacia la atención médica de segundo nivel.

Por último, el perfil profesional hace referencia a elementos tales como la investigación y la interdisciplinariedad en la formación y quehacer profesional del médico; sin embargo, la multi e interdisciplinariedad se encuentran ausentes en el plan de estudios. La investigación, aunque presente, se refiere a una asignatura de valor secundario y nunca se contempla como base del proceso enseñanza-aprendizaje.

En síntesis, el plan de estudios analizado está organizado en diez unidades de enseñanza-aprendizaje ("módulos"), de los cuales, el internado rotatorio de pregrado (módulo X), no fue tomado en cuenta para hacer este análisis, en virtud de tratarse de una actividad de carácter obligatorio cuyos contenidos no están dirigidos por la institución educativa de donde provienen los egresados.

En conjunto predominan las actividades teóricas (74%) sobre las actividades prácticas (26%).

El análisis de las actividades teóricas, revela lo siguiente: Una predominancia de los contenidos del área clínica (65.65%) sobre las áreas biomédica (29.56%) y sociomédica (4.78%), con diferencias importantes entre los módulos en la proporción de contenidos de cada una de estas áreas, lo que puede atribuirse, por una parte, a los contenidos propios de cada módulos, pero quizá en forma más importante a la ausencia de un eje estructurante de la carrera que dé coherencia interna a los contenidos modulares.

En términos generales, estos datos expresan una tendencia muy marcada hacia el diagnóstico y tratamiento, en contraposición a la importancia otorgada a las ciencias básicas (área biomédica) y a los aspectos sociomédicos del proceso salud-enfermedad.

En la búsqueda de la práctica profesional que articula los contenidos del plan de estudios, en las actividades teóricas se determinó el "objeto" y el "nivel de acción" predominante, encontrándose una marcada tendencia a la curación (objeto) dirigida al individuo (nivel de acción). (Cuadro No. 4.1.2)

Asimismo, en relación al concepto de salud-enfermedad implícito, recurrimos a la búsqueda del modelo de causalidad en los contenidos, en tanto expresión que permite comprender el concepto de salud-enfermedad.

En el plan de estudios predomina el modelo unicausal sobre el multicausal, el cual se presenta en forma aislada en los contenidos de algunos módulos. En ningún caso se hace referencia al modelo de causalidad social de la enfermedad.

En relación a las actividades prácticas encontramos lo siguiente: 46.6% corresponde a las actividades clínicas, 6.8% a las actividades de servicio, 30.8% a las actividades de investigación, 14.4% a las actividades de laboratorio clínico, y 1.4% a participación individual en clases. (Cuadro No.4.1.1.4)

Las actividades prácticas refuerzan, y en algunos casos determinan la conformación de la imagen de la Medicina Hospitalaria como práctica profesional dominante, al realizar la totalidad de las actividades clínicas en el segundo nivel de

atención médica. La investigación, a pesar de expresar un valor elevado (en puntos otorgados), se reduce a una asignatura y a algunas actividades prácticas de carácter secundario, y nunca se constituye en el eje de la articulación teórico-práctica en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

En conclusión:

- La imagen de la práctica profesional que articula el plan de estudios, es la MEDICINA HOSPITALARIA. Lo cual puede constatarse por:
  - a) La importancia otorgada a los contenidos del área clínica en relación a las áreas biomédica y sociomédica.
  - b) El objeto predominante: la curación, y el nivel de acción al que están orientadas las actividades del médico: el individuo.
  - c) Por la importancia otorgada a las actividades clínicas, las cuales se realizan en su totalidad en el segundo nivel de atención médica.
- El concepto de salud-enfermedad implícito, expresado en el concepto de "causalidad", es predominantemente el modelo UNICAUSAL, en el que lo biológico e individual se tornan determinantes sobre lo social y colectivo en el proceso salud-enfermedad.
- Existe incongruencia entre el perfil profesional y el plan de estudios, fundamentalmente a tres niveles:

- a) En relación al espacio en el que se propone que se realice la práctica profesional de los egresados. En el plan de estudios se hace énfasis en la atención médica hospitalaria es decir, en el segundo nivel de atención médica; mientras que en el perfil profesional, se enfatiza en la acción de los egresados en el primer nivel de atención médica.
  
- b) En el concepto de salud-enfermedad expresado en el modelo de causalidad. En el plan de estudios predominan los contenidos que expresen el modelo unicausal, mientras que en el perfil profesional, se hace énfasis en el modelo multicausal expresado en la concepción ecológica de Leavell y Clark.
  
- c) Por último, el perfil profesional hace referencia a elementos tales como la multidisciplinariedad en la formación práctica del médico; mientras que en el plan de estudios, la multidisciplinariedad se encuentra ausente, y las actividades de investigación se reducen a algunas actividades aisladas y a una asignatura de valor secundario que poco o nada tiene que ver en el proceso de enseñanza-aprendizaje, y por ende, en la formación del médico.

La incongruencia encontrada entre el plan de estudios y el perfil profesional, puede explicarse por el hecho de que el perfil profesional fué construido a posteriori en relación al plan de estudios, y más bien expresa la propuesta personal de quien lo elaboró; en todo caso, es evidente el empirismo y el desorden con que se construyó el plan de estudios y el perfil profesional que estamos analizando.

Los resultados parciales aquí expresados sugieren una doble problemática:

Por una parte, el hecho de que el plan de estudios de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH. tenga como práctica profesional articuladora la Medicina Hospitalaria, implica que recoge íntegra y acriticamente la práctica social de la medicina dominante en la actualidad, sin cuestionar su entorno social; esto es, las características del campo profesional de la entidad y la situación de salud-enfermedad de la población en la misma, lo que conlleva, como consecuencia, la eventual incongruencia entre el tipo de conocimientos proporcionados al estudiante de medicina, y la realidad que el egresado deberá enfrentar, tanto en lo relacionado a las características de los servicios de atención médica, como a la situación de salud-enfermedad regional.

Por otra parte, el concepto de salud-enfermedad implícito en los contenidos del plan de estudios, así como la importancia otorgada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, en detrimento tanto de las ciencias básicas como de los aspectos sociomédicos del proceso salud-enfermedad sugieren fuertemente, la conformación del médico "tradicional" cuya actividad tiende básicamente a la curación de los individuos. Esta concepción tiene importantes implicaciones, en tanto que considera al individuo enfermo, a la enfermedad, y al médico mismo, desocializados.

El médico así formado, no encuentra relación entre su quehacer profesional y los problemas colectivos de salud-enfermedad. Asimismo carece de los elementos necesarios para problematizar la realidad, así como su propia práctica profesional y, por ende, se encuentra incapacitado para ofrecer alternativas de solución a los mismos.

La Universidad Autónoma de Chiapas, expresada en la Escuela de Medicina, puede ubicarse como una universidad de corte "liberal o "aislada", cuya finalidad es el desarrollo en sí de los individuos sin vinculación con las condiciones histórico-sociales.

Para finalizar el análisis del plan de estudios, abordaremos el problema de la organización curricular, que en el mismo aparece como "modular".

Inicialmente recurrimos a una revisión teórica del concepto de organización curricular modular, para construir un modelo que sirviera como eje del análisis.

Como se mencionó en el marco teórico, existen dos formas de organización curricular modular: la que se fundamenta en los postulados de la tecnología educativa, y la organización curricular modular por objetos de transformación o "modular integrativa".

Después de analizar distintas concepciones de "lo modular", tomaremos como eje del análisis tres de los elementos centrales que caracterizan la organización curricular modular por objetos de transformación.

- 1.- La investigación como actividad que permite articular teoría y práctica en el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- 2.- La construcción de un marco teórico que permita estructurar y organizar los contenidos modulares en relación a un eje estructurante de la carrera.
- 3.- La interdisciplinarietàad como actividad formativa en el estudiante.

Al analizar el plan de estudios, es posible observar, una separación entre las actividades prácticas y teóricas. (Ver anexo No. 2).

La investigación y el servicio, están contempladas como actividades secundarias, y no como elementos articuladores entre la teoría y la práctica en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Tampoco existe un marco teórico general, ni particular, que permita seleccionar y priorizar los contenidos modulares en relación a un problema eje de la carrera. También se encuentran ausentes elementos de interdisciplinarietàad.

Estos elementos permiten concluir, que la organización curricular analizada, no corresponde a una organización curricular modular por objetos de transformación. Mas bien se trata de una organización curricular modular sustentada en los postulados de la tecnología educativa, la que conlleva el riesgo que al ser aplicada se reduzca a disciplinas. (35)

Consideramos que este es el caso de la estructura curricular analizada, en cuyos módulos se enseñan fragmentariamente conocimientos de especialidades clínicas tales como "oftalmología", "hematología", "urología", etc. Estas "asignaturas", son impartidas por distintos docentes de la especialidad correspondiente, bajo una didáctica tradicional.

Los problemas de esta forma de organización curricular, se derivan precisamente, de las características de la escuela tradicional, y que fueron mencionadas en una parte del marco teórico.

En síntesis, la ausencia de actividades de investigación como eje del proceso de enseñanza-aprendizaje no permite, en el alumno, la conformación de un pensamiento crítico y creativo, que le permita problematizar y proponer alternativas de solución a los problemas de salud-enfermedad que deberá enfrentar, así como su propio quehacer profesional.

El conocimiento se presenta fragmentado, por lo que no se proporciona una visión integral del hombre, en relación al proceso salud-enfermedad.

La ciencia es considerada como una actividad neutral y la escuela como una institución apolítica.

Detrás de todo lo anterior, la concepción de la Institución como un organismo separado de la sociedad.

4.1 RESULTADOS ANALISIS Y CONCLUSIONES DEL CAMPO EDUCATIVO.

4.1.2 Opiniones (encuestas) de docentes y alumnos de la

Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de

Chiapas.

#### 4.1.2 ENCUESTA

La evaluación curricular para la fundamentación de un plan de estudios que ya se encuentra operando, tiene necesariamente que tomar en cuenta a los elementos del proceso; esto es, docentes y alumnos de la Institución.

Es ampliamente conocido el hecho de que la reestructuración del plan de estudios en si misma no es garantía de cambios reales en la operación del mismo, en función de que intervienen en el momento de la operación del plan de estudios, una compleja red de interrelaciones e intercambio de valores y símbolos muchas veces contradictorios entre si y con el plan de estudios programado.

Es por ello que se han generado propuestas en las que se hace énfasis en la participación real de docentes y alumnos de la institución que pretende reestructurar su plan de estudios.

Parte de la evaluación curricular para fundamentar un nuevo currículum es conocer, a través de opiniones -expresiones orales o escritas de tendencias y orientaciones hacia un hecho- aquellos elementos que pueden entrar en contradicción con el proyecto educativo expresado o que se pretende expresar en el plan de estudios. Además se hace necesario conocer la predisposición de docentes y alumnos a participar en una posible reestructuración del plan de estudios, así como aquellos elementos que ellos señalan como importantes para trabajar sobre esa reestructuración.

Cabe aclarar, que si bien es importante esta parte de la fundamentación del curriculum, no es la única, ni implica necesariamente retomar las opiniones como eje de la reestructuración curricular. Se trata mas bien, de conocer aquellos elementos de mayor peso a tomar en cuenta en las discusiones y participación en torno a la construcción de un proyecto educativo.

#### METODOLOGIA.

##### a) Población o universo de estudio.

Para cumplir con los objetivos, se aplicó una encuesta a 273 alumnos y 11 profesores, de una población de 385 alumnos que asistían regularmente a clases en el momento de aplicarla, y de un total de 60 profesores de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH. (Población objetivo).

Cuadro No. 4.1.2.1

|             | POBLACION |        |            |        |
|-------------|-----------|--------|------------|--------|
|             | Alumnos   |        | Profesores |        |
|             | Frec.     | %      | Frec.      | %      |
| Total       | 385       | 100.00 | 60         | 100.00 |
| Encuestados | 273       | 70.91  | 11         | 18.33  |

##### b) Variables de la encuesta.

La encuesta se elaboró inicialmente con 64 indicadores (preguntas) con sus respectivos items. (Ver Anexo No.3). De los cuales se seleccionaron 24 para el análisis aquí presentado.

Las categorías, variables e indicadores fueron descritos en el capítulo "Categorías, Variables e Indicadores" en este mismo trabajo.

c) Diseño de la muestra.

Muestreo por conveniencia o cuota, no probabilístico. Respecto al tamaño de la muestra, se consideró conveniente entrevistar al mayor número de alumnos posible de los que asistían regularmente a clases, ya que no fué posible delimitar un tamaño de muestra en función de que se desconocía la varianza y no habían posibilidades reales para su obtención a través de un estudio piloto. Por tanto se acordó trabajar con 70.9% del universo, que fué el porcentaje alumnos que respondieron el cuestionario, en virtud de que ese día asistieron a clases.

d) Método de selección.

El procedimiento para lograr las entrevistas, fué la presentación breve del proyecto a cada grupo de alumnos en aula, en horario de clases, con previa información y autorización del docente responsable en ese momento; seguido de la explicación para el llenado del cuestionario y la entrega del mismo a los alumnos. Cada cuestionario fué contestado individualmente, con duración promedio de 50 a 90 minutos.

A los profesores, previa presentación del proyecto individualmente, se les entregó un cuestionario, que por propuesta de ellos mismos, entregarían un día después, por falta de tiempo para el llenado en el momento de la entrega del mismo.

e) Análisis de la información.

Estadística descriptiva: Una vez recolectados los 284 cuestionarios, se procedió a su codificación y captura en el programa dBASE III PLUS.

Los cuadros y gráficos se procesaron en el programa LOTUS.

Estadística inferencial: El análisis estadístico constó de dos partes: a) un análisis crudo a través del paquete estadístico SPSS; b) un análisis estratificado por módulos y sexo, a través del programa SPSS y EPISTAT.

Cabe mencionar, que el hecho de que de 60 profesores contestaran únicamente 11, parece relacionarse por una parte con una resistencia gremial al cambio, característico del grupo médico; y por otro lado, aunado a lo anterior, con la desconfianza inherente a los conflictos internos de la Institución. A pesar de ello resolvimos hacer el análisis de los datos aportados por los 11 profesores como si el número de este grupo de encuestas hubiera sido estadísticamente significativo, en función de obtener una visión general de las opiniones de este grupo. Por último cabe hacer la consideración de que tomamos en cuenta que los profesores que contestaron el cuestionario muestran mayor predisposición a participar que el resto, y que por ello, la información proporcionada puede ser cualitativamente diferente a la esperada para el resto de los profesores.

El propósito inicial para cumplir el objetivo de conocer cuál es la imagen de la práctica social de la medicina dominante en docentes y alumnos de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH., fue operacionalizar la categoría "práctica profesional". Lo cual no fué una tarea fácil, en virtud de la complejidad de la

operacionalización; de ello se generó la necesidad de sugerir algunos indicadores tales como "sitio ocupacional" y "forma de ejercicio profesional" como los de mayor peso en la caracterización de las variables de la categoría "práctica profesional". De hecho, el indicador "sitio ocupacional" fue el eje de la caracterización y análisis que a continuación presentamos.

DESCRIPCION GENERAL. (Análisis simple)

La distribución de frecuencias y porcentajes de la preferencia del sitio ocupacional de alumnos y docentes muestra como sitio ocupacional preferente el "hospital" (46.4%) seguido de la "clínica de campo" (27.3%). (Ver cuadro No.4.1.2.2 y gráfico No. 4.1.2.1).

Cuadro No. 4.1.2.2

Preferencia de Sitio Ocupacional.

| Sitio ocupacional  | Frecuencia | %     |
|--------------------|------------|-------|
| Consultorio        | 30         | 10.6  |
| Clínica de campo   | 76         | 26.8  |
| Clínica particular | 29         | 10.2  |
| Hospital           | 129        | 45.4  |
| otros              | 14         | 4.9   |
| No respondieron    | 6          | 2.1   |
| TOTAL              | 284        | 100.0 |

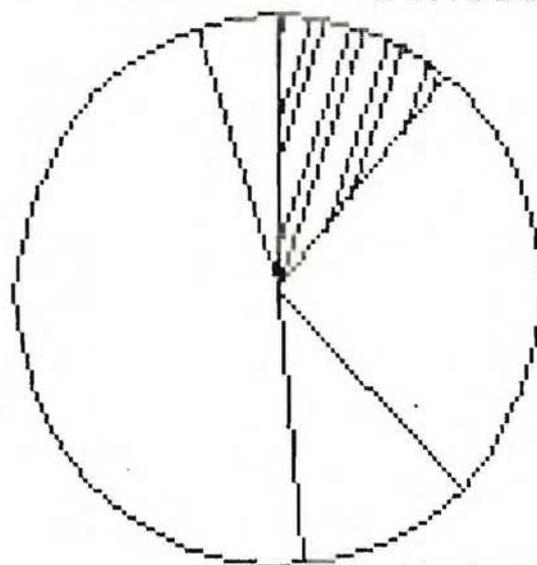
Fuente: Encuesta "Evaluación Curricular de la Esc. de Medicina de la UN.A.CH." Mexico. 1987-1988.

GRAFICO No. 4.1.2.1

PREF. SITIO OCUPACIONAL ESC. MED. UNACH  
ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR 87-88

OTROS LUGARES (5.0%)

CONSULTORIO (10.8%)



HOSPITAL (46.4%)

CLI. CAMPO (27.3%)

CLI. PARTICULAR (10.4%)

Las frecuencias y porcentajes de preferencia asistencial a grupos de población muestra predominantemente asistencia preferencial al grupo "a todos" (47.7%), seguido de un importante porcentaje de preferencia asistencial a "campesinos" (39.3%). (Ver cuadros Nos. 4.1.2.3 y gráfico No.4.1.2.2).

Cuadro No. 4.1.2.3  
Preferencia Asistencial

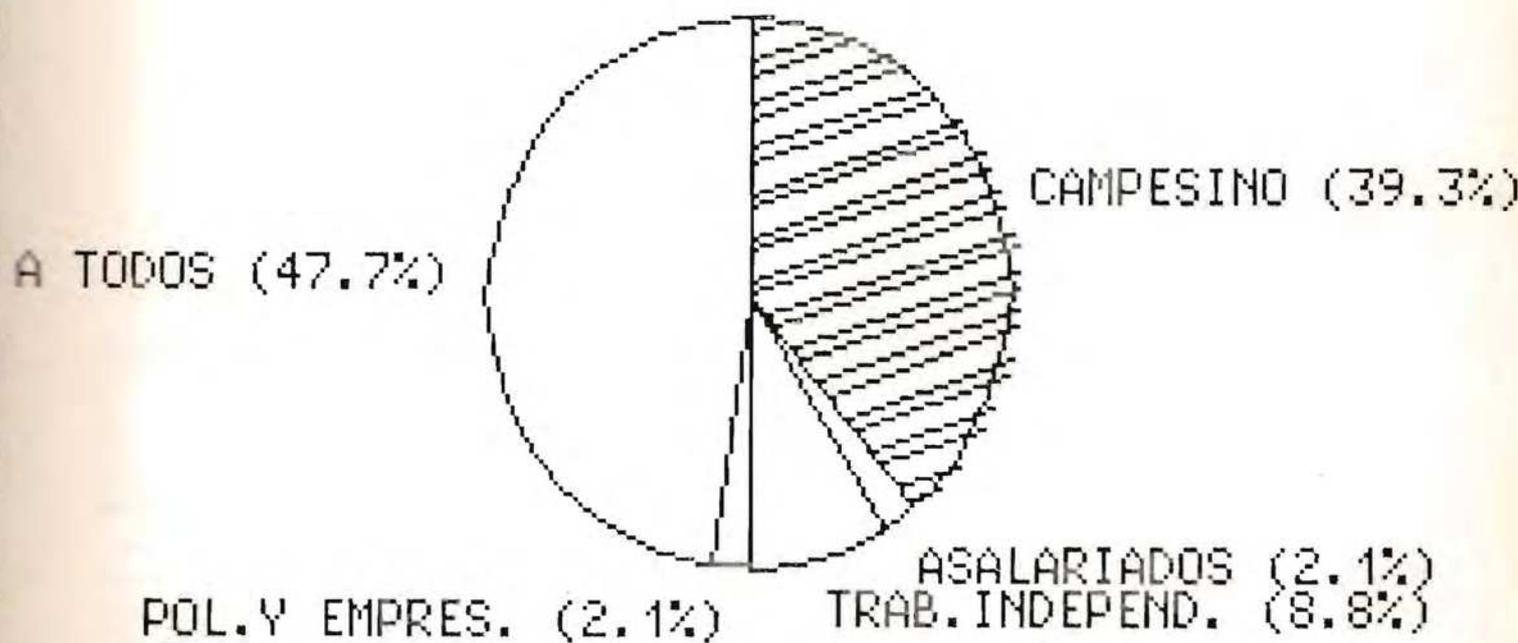
| Preferencia Asistencial | Frecuencia | %     |
|-------------------------|------------|-------|
| Campesinos              | 96         | 33.8  |
| Asalariados             | 5          | 1.8   |
| Trab. Independientes    | 21         | 7.4   |
| Pol.- Empresarios       | 5          | 1.8   |
| A todos                 | 121        | 42.6  |
| No respondieron         | 36         | 12.7  |
| TOTAL                   | 284        | 100.0 |

Fuente: IDEM.

En relación a la forma de ejercicio profesional, las frecuencias y porcentajes expresan una marcada tendencia al trabajo grupal "con otros médicos" (54.7%) seguido en importancia por la preferencia al ejercicio profesional en grupos interdisciplinarios (35.5%). (Ver cuadro No.4.1.2.4 y gráfico No.4.1.2.3).

GRAFICO No. 4.1.2.2

PREFERENCIA ASISTENCIAL ESC. MED. UNACH  
ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR 87-88



Cuadro No. 4.1.2.4

Preferencia de forma de ejercicio profesional

| Forma de Ejer. Prof.    | Frecuencia | %     |
|-------------------------|------------|-------|
| Individual              | 27         | 9.5   |
| Con otros médicos       | 151        | 53.2  |
| Interdisciplinariamente | 98         | 34.5  |
| No respondieron         | 8          | 2.8   |
| TOTAL                   | 284        | 100.0 |

Fuente: IDEM.

La preferencia de actividad profesional muestra una marcada tendencia a las actividades múltiples: clínica, docencia e investigación (47.1%), seguido de actividades combinadas de clínica y docencia (28.6%). (Cuadro No.4.1.2.5 y grafico No.4.1.2.4)

Cuadro No. 4.1.2.5

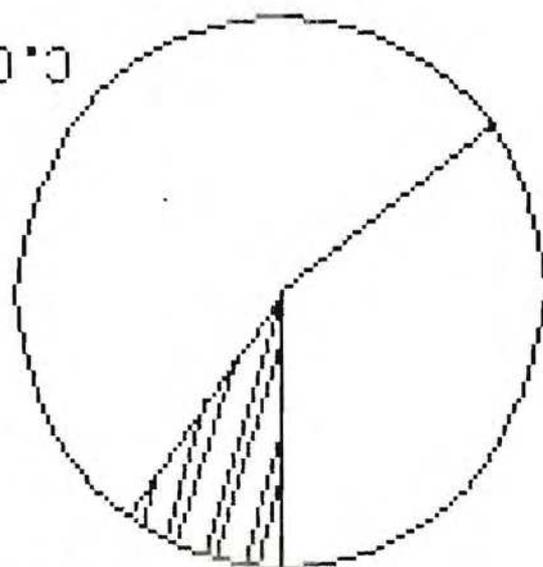
Preferencia de Actividad Profesional

| Actividad Profesional    | Frecuencia | %     |
|--------------------------|------------|-------|
| Unic. Med. Clínica       | 50         | 17.6  |
| Clínica y Docencia       | 79         | 27.8  |
| Docencia e Investigación | 5          | 1.8   |
| Clin. Docen. Invest.     | 130        | 45.8  |
| Solo investigación       | 11         | 3.9   |
| Solo docencia            | 1          | 0.4   |
| No respondieron          | 8          | 2.8   |
| TOTAL                    | 284        | 100.0 |

Fuente: IDEM.

PREF. FORMA DE EJERC. PROF. ESC. MED. UNACH  
ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR 87-88

GRAFICO No. 4.1.2.3



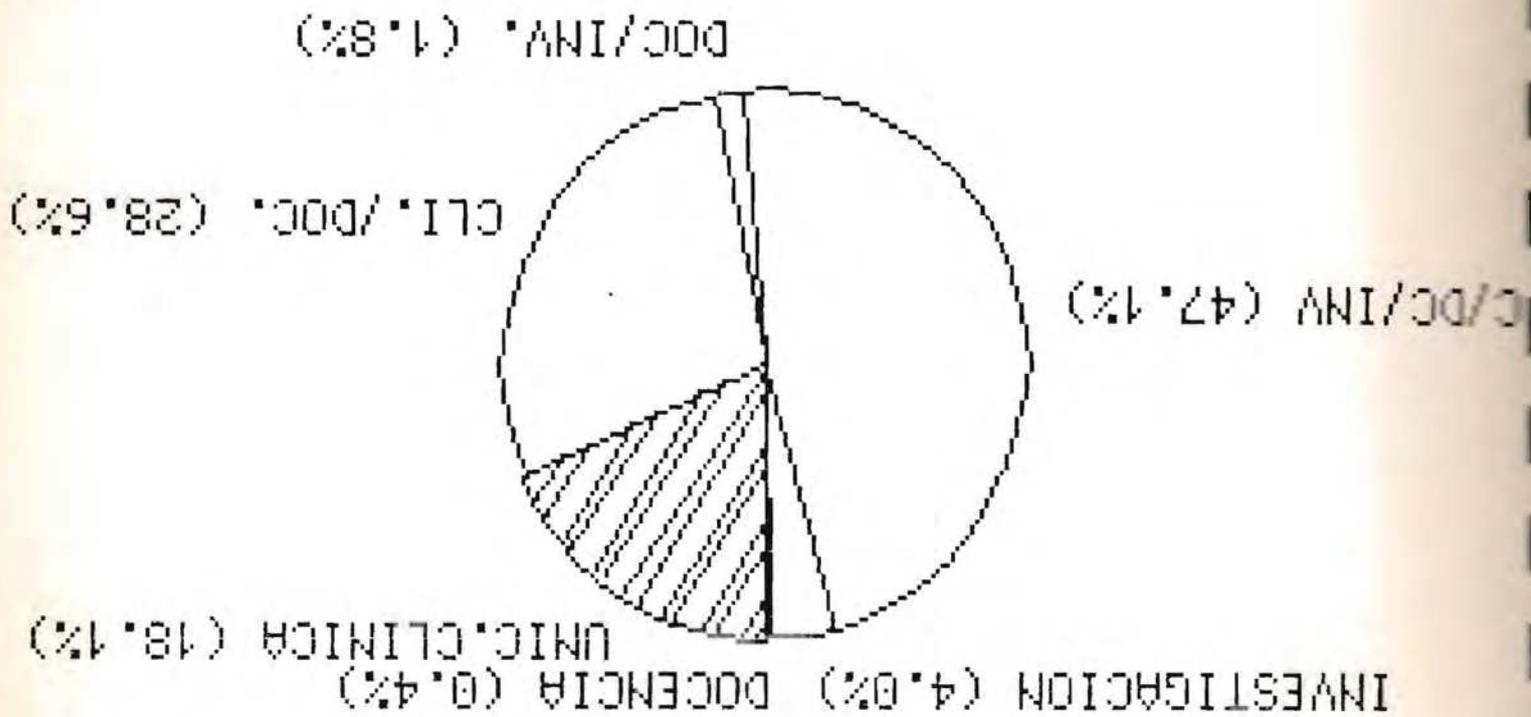
INTERDISC (35.5%)

INDIVIDUALMENTE (9.8%)

C. OTROS MED (54.7%)

PREF. DE ACTIVIDAD PROF. ESC. MED. UNACH  
ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR 87-88

GRAFICO No. 4.1.2.4



Respecto a la orientación de la práctica médica, las

frecuencias y porcentajes muestran preferencia por la orientación

a la prevención, así como desacuerdo mayoritario en orientar la

práctica médica exclusivamente al diagnóstico y tratamiento

(clínica). (Cuadro No. 4.1.2.6 y gráficos Nos. 4.1.2.5 y 4.1.2.6).

Cuadro No. 4.1.2.6

Preferencia de orientación exclusiva de la práctica médica al diagnóstico y tratamiento.

|               | Frec. | %     | Frec. | %     |
|---------------|-------|-------|-------|-------|
| De acuerdo    | 42    | 11.8  | 125   | 29.2  |
| NI de acuerdo | 26    | 12.7  | 20    | 7.0   |
| En desacuerdo | 201   | 70.8  | 13    | 11.4  |
| No resp.      | 5     | 1.8   | 6     | 2.1   |
| TOTAL         | 284   | 100.0 | 284   | 100.0 |

Fuente: IDEM.

En relación a la importancia de la investigación en la

formación del médico, las frecuencias y porcentajes muestran lo

siguientes: (Cuadro No. 4.1.2.7 y gráfico No. 4.1.2.7).

Cuadro No. 4.1.2.7

Importancia de la investigación en la formación del médico.

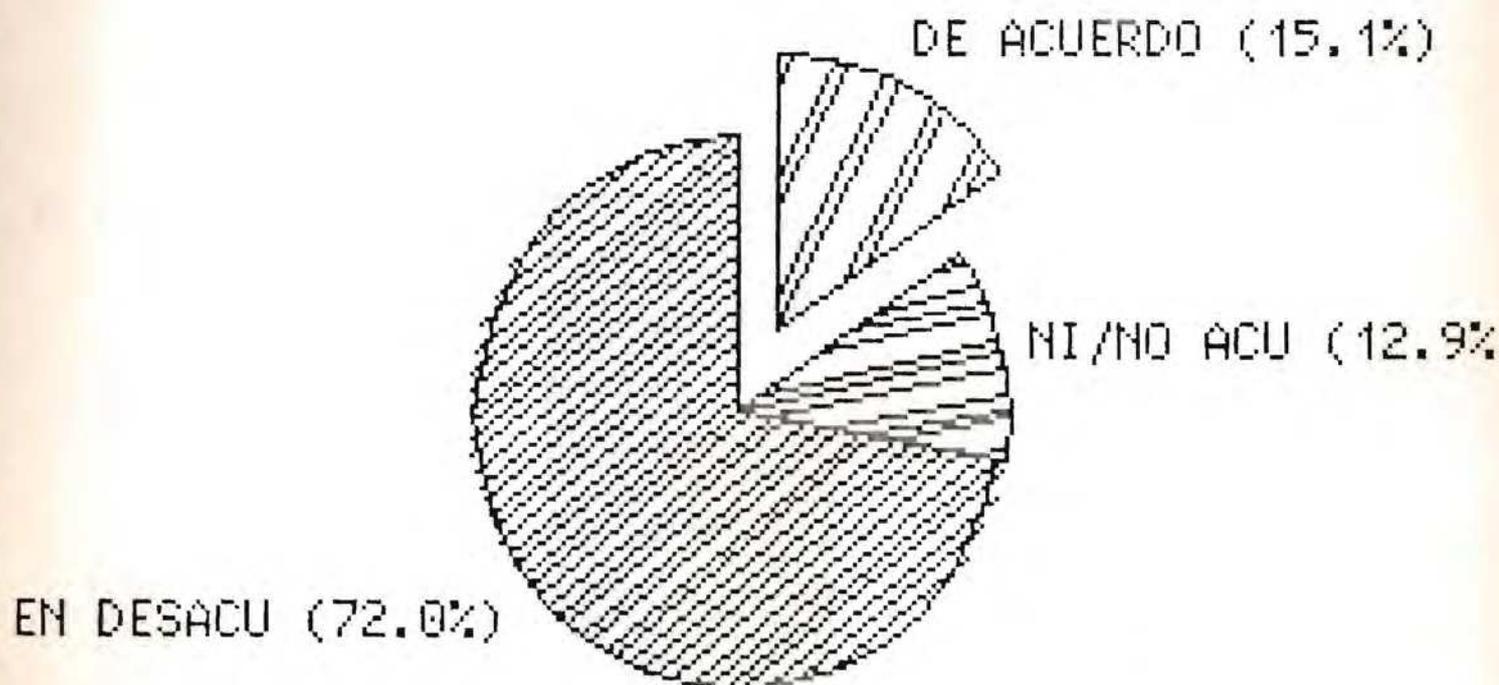
Import. de la Invest. Frecuencia %

|                  |     |       |
|------------------|-----|-------|
| Muy importante   | 97  | 34.2  |
| Importante       | 165 | 58.5  |
| Poco importante  | 14  | 4.9   |
| No es importante | 3   | 1.1   |
| No respondieron  | 4   | 1.4   |
| TOTAL            | 284 | 100.0 |

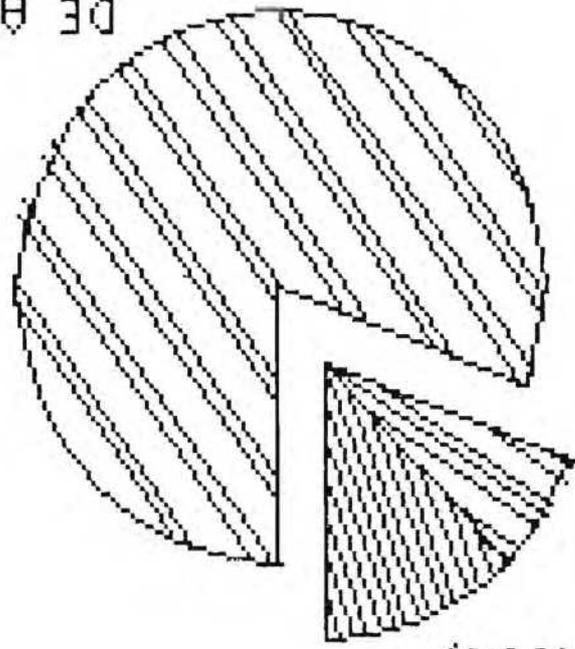
Fuente: IDEM.

GRAFICO No. 4.1.2.5

PREF. ORIENT. PRAC. MD. ESC. MED. UNACH  
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO



DE ACUERDO (80.9%)



NI/NO ACU (7.2%)

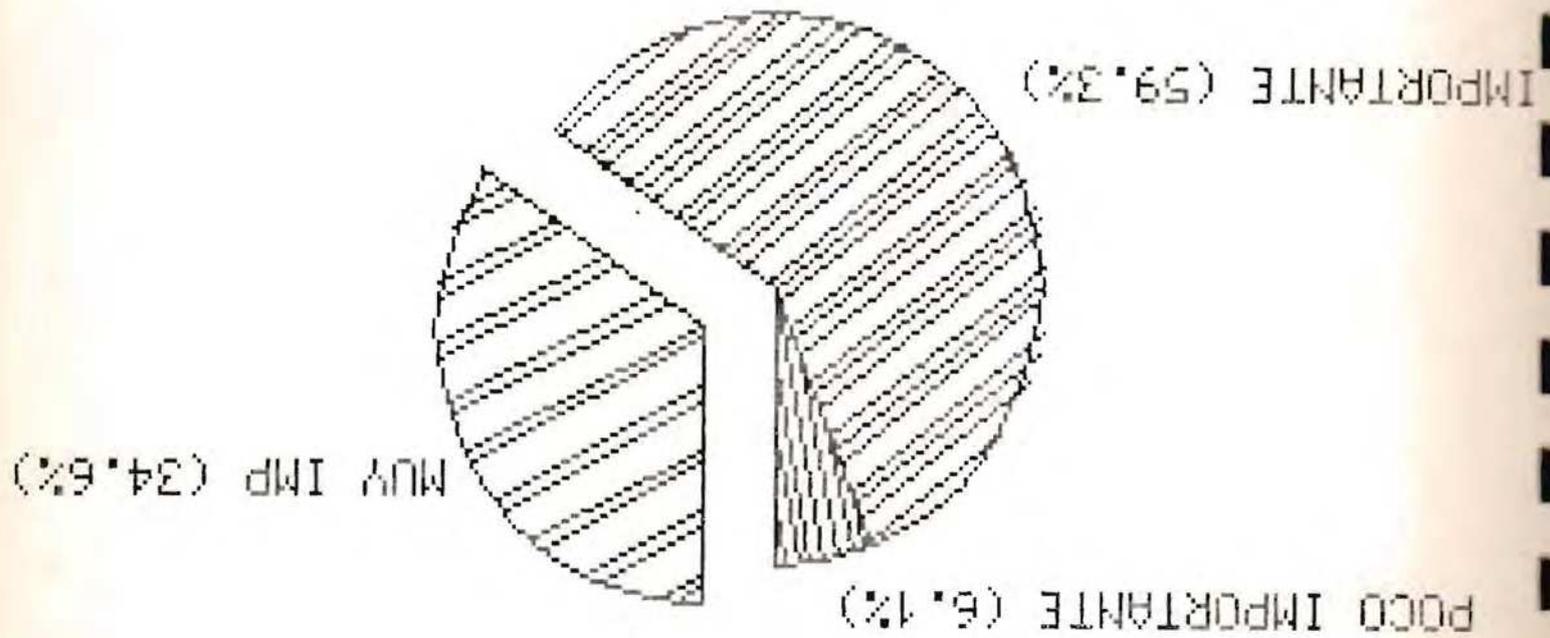
EN DESACU (11.9%)

PREF. ORIEN. PRAC. MD. ESC. MED. UNACH 87-88  
PREVENCIÓN

GRAFICO No. 4.1.2.6

IMPORT. DE LA INVESTIG. EN FORMAC. MEDICA  
ENC. EVAL. CURR. ESC. MED. UNACH 87-88

GRAFICO No. 4.1.2.2



34.6% del total de los entrevistados considera la investigación como actividad muy importante en la formación del médico; en tanto, el 59.3% la considera simplemente importante.

En suma, 93.9% considera la actividades de investigación importantes en la formación médica.

En términos generales, el cuadro No.4.1.2.2 muestra preferencia ocupacional por los hospitales, seguido en importancia por la preferencia por las clínicas de campo. Si bien el hospital como sitio ocupacional de preferencia mayoritaria, se esperaba, en tanto la Medicina Hospitalaria es la práctica social de la medicina dominante en la actualidad, y porque es la práctica social que articula el plan de estudios de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH. (Ver resultados del análisis del Plan de estudios en este trabajo), resulta muy importante, y un tanto sorprendente el alto porcentaje de alumnos que expresan preferencia ocupacional por las clínicas de campo. Este hecho podría tener explicación en el origen o vivencias de los alumnos; o bien, en las experiencias obtenidas en las prácticas comunitarias en algunos módulos. Lo anterior, nos orientó a hacer el análisis por módulos y compararlo con los contenidos teórico-prácticos de cada módulo, como veremos después.

El cuadro No.4.1.2.3 muestra 42.6% de la preferencia asistencial a todo tipo de pacientes; en tanto 33.8% expresó su preferencia asistencial a campesinos.

La ausencia de preferencia a algún grupo específico de población se basa en la conceptualización de la medicina "tradicional", en la que el médico juega el papel de agente de "curación de enfermedades", muy relacionado con la medicina privada liberal. Sin embargo puede asociarse a otras prácticas sociales de la medicina como la hospitalaria o la comunitaria. El concepto de salud-enfermedad que subyace, es la de proceso biológico, individual, que no presenta diferencias de un grupo social a otro, lo que coincide con el concepto de salud-enfermedad implícito en los contenidos del plan de estudios y que puede considerarse como el modelo dominante en la actualidad en algunas regiones. (Ver análisis del plan de estudios).

El alto porcentaje de preferencia asistencial a campesinos expresa inicialmente su diferenciación como grupo de población más expuesto a problemas de salud-enfermedad que el resto de la población lo que coincide en forma importante con la preferencia ocupacional por clínicas de campo como veremos más adelante.

Cabe mencionar, que la escasa importancia otorgada a los otros grupos de población al contestar el cuestionario, sugiere que aún no existe una clara comprensión de la diferenciación del proceso salud-enfermedad en esos grupos de población, ni de los grupos mismos, en tanto son menos visibles y característicos que el grupo "campesinos"; y que esta "visibilidad" de los campesinos como grupo de riesgo está más asociada con las vivencias de los estudiantes, que con el contenido del plan de estudios. Este análisis será profundizado más adelante.

Los cuadros Nos. 4.1.2.4, 4.1.2.5, y 4.1.2.6, expresan mayoritariamente preferencia por el ejercicio profesional grupal con otros médicos, así como una mínima preferencia de ejercicio profesional individual. También se expresó una preferencia por la actividad profesional múltiple que incluye actividades clínicas, de docencia e investigación.

Por último, la preferencia por la prevención sobre el diagnóstico y tratamiento en la orientación de la práctica médica, que contrasta con la alta proporción de contenidos del área clínica sobre las áreas biomédica y sociomédica en el Plan de estudios de la Esc. de Medicina de la UNACH. (ver resultados del análisis del plan de estudios)

Después de hacer el análisis simple esperábamos que una vez hechos los cruces y agrupaciones de los indicadores se pudieran obtener con suficiente claridad las distintas prácticas sociales de la medicina y su importancia según la opinión de los entrevistados; pero eso no fue posible en virtud de que los resultados preliminares así lo mostraron.

No fué posible tomar en cuenta el "objeto" propuesto para diferenciar y caracterizar las distintas prácticas sociales de la medicina, en función de que la gran mayoría de los alumnos y la totalidad de los profesores refirieron estar de acuerdo en orientar la práctica médica a la prevención, así como desacuerdo en orientarla exclusivamente al diagnóstico y tratamiento independientemente de la preferencia del sitio ocupacional. (Cuadro No 4.1.2.8).

CUADRO No. 4.1.2.8

\* \* TOTALES (9 MODULOS)

CRUCE DE LOS PRINCIPALES INDICADORES TODOS LOS MODULOS., ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR., ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNACH., 1987-1988.

| * | *            | "PREF. ASISTENCIAL" |        |         |        | "FORMA DE EJERC. PROFESIONAL" |        |                         |        | * |
|---|--------------|---------------------|--------|---------|--------|-------------------------------|--------|-------------------------|--------|---|
|   |              | CAMPEÑINOS          |        | A TODOS |        | C. OTROS MD.                  |        | INTERDISCIPLINARIAMENTE |        |   |
| * | *            | FREC                | %      | FREC    | %      | FREC                          | %      | FREC                    | %      | * |
| * | * CLI. CAMPO | 33                  | 42.86  | 26      | 33.33  | 41                            | 37.96  | 24                      | 34.29  | * |
| * | * HOSPITAL   | 44                  | 57.14  | 52      | 66.67  | 67                            | 62.04  | 46                      | 65.71  | * |
| * | * TOTALES    | 77                  | 100.00 | 78      | 100.00 | 108                           | 100.00 | 70                      | 100.00 | * |

| * | *            | "PREF. DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL" |        |               |        |                |        | "ORIENT. DE LA PRACT. MEDICA/DIAG. Y TRATAM." |        |               |        | * |
|---|--------------|-------------------------------------|--------|---------------|--------|----------------|--------|---|--------|---------------|--------|---|
|   |              | CLINICA                             |        | CLI. DOCENCIA |        | CLI/DOC E INVE |        | DE ACUERDO                                    |        | EN DESACUERDO |        |   |
| * | *            | FREC                                | %      | FREC          | %      | FREC           | %      | FREC  | %      | FREC          | %      | * |
| * | * CLI. CAMPO | 11                                  | 36.67  | 16            | 27.12  | 39             | 42.86  | 16  | 55.17  | 49            | 33.56  | * |
| * | * HOSPITAL   | 19                                  | 63.33  | 43            | 72.88  | 52             | 57.14  | 13  | 44.83  | 97            | 66.44  | * |
| * | * TOTALES    | 30                                  | 100.00 | 59            | 100.00 | 91             | 100.00 | 29  | 100.00 | 146           | 100.00 | * |

| * | *            | "ORIENT. PRACT. MED. A LA PREVENCIÓN" |        |               |        | "IMPORTANCIA DE LA INVESTIG. EN FORM. DEL MD." |        |            |        |                 |        | * |
|---|--------------|---------------------------------------|--------|---------------|--------|--|--------|------------|--------|-----------------|--------|---|
|   |              | DE ACUERDO                            |        | EN DESACUERDO |        | MUY IMPORTANTE                                 |        | IMPORTANTE |        | POCO IMPORTANTE |        |   |
| * | *            | FREC                                  | %      | FREC          | %      | FREC   | %      | FREC       | %      | FREC            | %      | * |
| * | * CLI. CAMPO | 61                                    | 39.61  | 7             | 25.93  | 25   | 38.46  | 47         | 39.17  | 3               | 27.27  | * |
| * | * HOSPITAL   | 93                                    | 60.39  | 20            | 74.07  | 40   | 61.54  | 73         | 60.83  | 8               | 72.73  | * |
| * | * TOTALES    | 154                                   | 100.00 | 27            | 100.00 | 65   | 100.00 | 120        | 100.00 | 11              | 100.00 | * |

\* FUENTE: ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR., UNACH 87-88.

CUADRO No. 4.1.2.8

\* TOTALES (9 MODULOS)

CRUCE DE LOS PRINCIPALES INDICADORES TODOS LOS MODULOS., ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR., ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNACH., 1987-1988.

|   |              | "PREF. ASISTENCIAL" |        |         |        | "FORMA DE EJERC. PROFESIONAL" |       |                         |       |        |
|---|--------------|---------------------|--------|---------|--------|-------------------------------|-------|-------------------------|-------|--------|
|   |              | CAMPEÑINOS          |        | A TODOS |        | C. OTROS MD.                  |       | INTERDISCIPLINARIAMENTE |       |        |
|   |              | FREC                | %      | FREC    | %      | FREC                          | %     | FREC                    | %     |        |
| * | * CLI. CAMPO | 33                  | 42.86  | 26      | 33.33  | 41                            | 37.96 | 24                      | 34.29 |        |
| * | * HOSPITAL   | 44                  | 57.14  | 52      | 66.67  | 67                            | 62.04 | 46                      | 65.71 |        |
| * | * TOTALES    | 77                  | 100.00 | 78      | 100.00 | 0                             | 108   | 100.00                  | 70    | 100.00 |

|   |              | "PREF. DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL" |        |               |        |                 |        | "ORIENT. DE LA FRAC. MEDICA/DIAG. Y TRATAM." |        |               |        |
|---|--------------|-------------------------------------|--------|---------------|--------|-----------------|--------|--|--------|---------------|--------|
|   |              | CLINICA                             |        | CLI./DOCENCIA |        | CLI./DOC E INVE |        | DE ACUERDO                                   |        | EN DESACUERDO |        |
|   |              | FREC                                | %      | FREC          | %      | FREC            | %      | FREC   | %      | FREC          | %      |
| * | * CLI. CAMPO | 11                                  | 36.67  | 16            | 27.12  | 39              | 42.86  | 16   | 55.17  | 49            | 33.56  |
| * | * HOSPITAL   | 19                                  | 63.33  | 43            | 72.88  | 52              | 57.14  | 13   | 44.83  | 97            | 66.44  |
| * | * TOTALES    | 30                                  | 100.00 | 59            | 100.00 | 91              | 100.00 | 29   | 100.00 | 146           | 100.00 |

|   |              | "ORIENT. PRACT. MED. A LA PREVENCION" |        |               |        | "IMPORTANCIA DE LA INVESTIG. EN FORM. DEL MD." |        |            |        |                 |        |
|---|--------------|---------------------------------------|--------|---------------|--------|--|--------|------------|--------|-----------------|--------|
|   |              | DE ACUERDO                            |        | EN DESACUERDO |        | MUY IMPORTANTE                                 |        | IMPORTANTE |        | POCO IMPORTANTE |        |
|   |              | FREC                                  | %      | FREC          | %      | FREC   | %      | FREC       | %      | FREC            | %      |
| * | * CLI. CAMPO | 61                                    | 39.61  | 7             | 25.93  | 25   | 38.46  | 47         | 39.17  | 3               | 27.27  |
| * | * HOSPITAL   | 93                                    | 60.39  | 20            | 74.07  | 40   | 61.54  | 73         | 60.83  | 8               | 72.73  |
| * | * TOTALES    | 154                                   | 100.00 | 27            | 100.00 | 65   | 100.00 | 120        | 100.00 | 11              | 100.00 |

\* FUENTE: ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR., UNACH 87-88.

Por otra parte, se expresó preferencia al ejercicio profesional en grupo tanto con otros médicos como interdisciplinariamente, sin asociación estadísticamente significativa con la preferencia del sitio ocupacional; aunque con cierto grado de asociación. (Cuadro No.4.1.2.9).

Asimismo, los entrevistados refirieron preferencia por una actividad profesional múltiple que incluye actividades clínicas, docencia e investigación sin relación con la preferencia del sitio ocupacional.

De esta forma, ni lo relacionado con el "objeto", ni con la "forma de ejercicio profesional", o con la preferencia de "actividad profesional" sirvieron para caracterizar las distintas prácticas sociales de la medicina; sin embargo constituyen elementos fundamentales para la comprensión de la "visión" que del quehacer profesional tienen los entrevistados.

A pesar de lo anterior, se pudieron distinguir con claridad dos prácticas sociales: la Medicina Hospitalaria y la Medicina comunitaria, principalmente a partir de los indicadores "preferencia del sitio ocupacional" y "preferencia asistencial", ya que ambos mostraron asociación estadísticamente significativa en el total. ( $P < 0.05$ ) (Cuadro No. 4.1.2.10), así como en algunos módulos. En los otros módulos si se manifestó asociación, aunque no hubo significación estadística, ( $P > 0.05$ ) que puede explicarse en parte, por la pequeña cantidad de datos analizados en cada módulo. (Cuadros Nos. 4.1.2.11 a 4.1.2.19).

CUADRO No. 4.1.2.10

Total de Módulos.

FISHER'S EXACT TEST

|                          | "PREFERENCIA DE ASISTENCIAL"  |         |
|--------------------------|-------------------------------|---------|
|                          | Campesinos                    | A todos |
| "SITIO OCUPACIONAL"..... |                               |         |
| Clinica de campo .       | 33                            | 26      |
| Hospital .               | 44                            | 66      |
|                          |                               |         |
|                          | Exact One-tailed p = .0343796 |         |
|                          | Exact Two-tailed p = .0532567 |         |

Odds Ratio = 1.9038462

Cornfield's 95% Confidence limits: .9561732 and 3.8010136

Fuente: Encuesta de evaluación curricular, 1987-1988. UN.A.CH.

CUADRO No. 4.1.2.11

Módulo Uno.

FISHER'S EXACT TEST

|                          | "PREFERENCIA DE ASISTENCIAL"  |         |
|--------------------------|-------------------------------|---------|
|                          | Campeñinos                    | A todos |
| "SITIO OCUPACIONAL"..... |                               |         |
| Clinica de campo .       | 9                             | 3       |
| Hospital .               | 2                             | 7       |
|                          |                               |         |
|                          | Exact One-tailed p = .0241724 |         |
|                          | Exact Two-tailed p = .0299731 |         |

Odds Ratio = 10.500000

Cornfield's 95% Confidence limits: .0133218 and .8838128

Fuente: Encuesta de evaluación curricular., 1987-1988. UN.A.CH.

CUADRO No. 4.1.2.12

Módulo Dos.

FISHER'S EXACT TEST

|                          | "PREFERENCIA DE ASISTENCIAL"  |         |
|--------------------------|-------------------------------|---------|
|                          | Campeñinos                    | A todos |
| "SITIO OCUPACIONAL"..... |                               |         |
| Clinica de campo .       | 1                             | 4       |
| Hospital .               | 8                             | 7       |
|                          |                               |         |
|                          | Exact One-tailed p = .2213622 |         |
|                          | Exact Two-tailed p = .3188854 |         |

Odds Ratio = .2187500

Cornfield's 95% Confidence limits: .0016992 and .7938371

Fuente: Encuesta de evaluación curricular., 1987-1988. UN.A.CH.

CUADRO No. 4.1.2.13

Módulo Tres.

FISHER'S EXACT TEST

|                          |   | "PREFERENCIA DE ASISTENCIAL"  |         |
|--------------------------|---|-------------------------------|---------|
|                          |   | Campeños                      | A todos |
| "SITIO OCUPACIONAL"..... |   |                               |         |
| Clinica de campo .       | 1 | .                             | 8 .     |
|                          |   |                               |         |
| Hospital .               | 2 | .                             | 5 .     |
|                          |   |                               |         |
|                          |   | Exact One-tailed p = .4000000 |         |
|                          |   | Exact Two-tailed p = .5500000 |         |

Odds Ratio = .3125000

Cornfield's 95% Confidence limits: .0074030 and 10.116990

Fuente: Encuesta de evaluación curricular., 1987-1988. UN.A.CH.

CUADRO No. 4.1.2.14

Módulo Cuatro.

FISHER'S EXACT TEST

|                          |   | "PREFERENCIA DE ASISTENCIAL"  |         |
|--------------------------|---|-------------------------------|---------|
|                          |   | Campeños                      | A todos |
| "SITIO OCUPACIONAL"..... |   |                               |         |
| Clinica de campo .       | 9 | .                             | 2 .     |
|                          |   |                               |         |
| Hospital .               | 2 | .                             | 3 .     |
|                          |   |                               |         |
|                          |   | Exact One-tailed p = .1387363 |         |
|                          |   | Exact Two-tailed p = .2445055 |         |

Odds Ratio = 6.750000

Cornfield's 95% Confidence limits: .0455285 and 6.4265184

Fuente: Encuesta de evaluación curricular., 1987-1988. UN.A.CH.

CUADRO No. 4.1.2.15

Módulo Cinco.

FISHER'S EXACT TEST

|                          | "PREFERENCIA DE ASISTENCIAL"  |         |
|--------------------------|-------------------------------|---------|
|                          | Campeños                      | A todos |
| "SITIO OCUPACIONAL"..... |                               |         |
| Clinica de campo .       | 4                             | 5       |
| Hospital .               | 8                             | 3       |
|                          |                               |         |
|                          | Exact One-tailed p = .2049297 |         |
|                          | Exact Two-tailed p = .3618481 |         |

Odds Ratio = .300000  
 Cornfield's 95% Confidence limits: .0712843 and 3.3203697

Fuente: Encuesta de evaluación curricular., 1987-1988. UN.A.CH.

CUADRO No. 4.1.2.16

Módulo Seis.

FISHER'S EXACT TEST

|                          | "PREFERENCIA DE ASISTENCIAL"  |         |
|--------------------------|-------------------------------|---------|
|                          | Campeños                      | A todos |
| "SITIO OCUPACIONAL"..... |                               |         |
| Clinica de campo .       | 6                             | 1       |
| Hospital .               | 6                             | 4       |
|                          |                               |         |
|                          | Exact One-tailed p = .2782805 |         |
|                          | Exact Two-tailed p = .3382353 |         |

Odds Ratio = 4.00000  
 Cornfield's 95% Confidence limits: .0038976 and 2.4910801

Fuente: Encuesta de evaluación curricular., 1987-1988. UN.A.CH.



CUADRO No. 4.1.2.19

Módulo Nueve.

FISHER'S EXACT TEST

|                          |   | "PREFERENCIA DE ASISTENCIAL"  |         |
|--------------------------|---|-------------------------------|---------|
|                          |   | Campeños                      | A todos |
| "SITIO OCUPACIONAL"..... |   |                               |         |
| Clinica de campo .       | 1 | .                             | 4 .     |
| Hospital .               | 6 | .                             | 7 .     |
|                          |   | Exact One-tailed p = .3235294 |         |
|                          |   | Exact Two-tailed p = .5955882 |         |

Odds Ratio = .2916667

Cornfield's 95% Confidence limits: .0024284 and 1.2650081

Fuente: Encuesta de evaluación curricular., 1987-1988. UN.A.CH.

De ahí que en nuestro análisis incluyamos únicamente la Medicina Hospitalaria y la Medicina Comunitaria, además, que ambas constituyen la mayoría absoluta de la preferencia de práctica profesional de los entrevistados.

ANÁLISIS POR MÓDULO. (Estratificado)

MÓDULO I: La preferencia ocupacional se encuentra equitativamente distribuida entre "hospital" y "clínica de campo" siendo ambas la mayoría preferencial absoluta. Asimismo refirieron mayoritariamente preferencia asistencial por "campesinos", seguido del grupo "a todos". La preferencia asistencial por "campesinos" asociada a "clínica de campo". (Cuadro No. 4.1.2.20)

La forma de ejercicio profesional expresada como mayoritaria fué "con otros médicos" relacionada principalmente con "clínica de campo", seguida de "hospital". (idem).

La preferencia de actividad profesional fué múltiple: actividades clínicas, docentes y de investigación, asociada principalmente a "clínica de campo".

La opinión respecto a la orientación de la práctica médica muestra desacuerdo mayoritario en orientarla exclusivamente a la clínica; así como acuerdo mayoritario en orientarla a la prevención, mostrando una relación casi equitativa entre "hospital" y "clínica de campo".

La investigación fue considerada "importante" por el 97.1% de los entrevistados de este módulo, con igual relación con "hospital" y "clínica de campo". (idem).

CUADRO No. 4.1.2.20

\* MODULO UNO

CRUCE DE LOS PRINCIPALES INDICADORES POR MODULO., ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR., ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNACH., 1987-1988.

|   |              | "PREF. ASISTENCIAL" |        |         |        | "FORMA DE EJERC. PROFESIONAL" |        |                         |        |   |
|---|--------------|---------------------|--------|---------|--------|-------------------------------|--------|-------------------------|--------|---|
|   |              | CAMPESINOS          |        | A TODOS |        | C. OTROS MD.                  |        | INTERDISCIPLINARIAMENTE |        |   |
| * | *            | FREC                | %      | FREC    | %      | FREC                          | %      | FREC                    | %      | * |
| * | * CLI. CAMPO | 9                   | 81.82  | 3       | 30.00  | 10                            | 58.82  | 3                       | 42.86  | * |
| * | * HOSPITAL   | 2                   | 18.18  | 7       | 70.00  | 7                             | 41.18  | 4                       | 57.14  | * |
| * | * TOTALES    | 11                  | 100.00 | 10      | 100.00 | 17                            | 100.00 | 7                       | 100.00 | * |

|   |              | "PREF. DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL" |        |               |        |                    |        | "ORIEN. DE LA PRACT. MEDICA/DIAG. Y TRATAM." |        |               |        |   |
|---|--------------|-------------------------------------|--------|---------------|--------|--------------------|--------|--|--------|---------------|--------|---|
|   |              | CLINICA                             |        | CLI./DOCENCIA |        | CLI./DOC E INVEST. |        | DE ACUERDO                                   |        | EN DESACUERDO |        |   |
| * | *            | FREC                                | %      | FREC          | %      | FREC               | %      | FREC   | %      | FREC          | %      | * |
| * | * CLI. CAMPO | 2                                   | 100.00 | 2             | 28.57  | 6                  | 46.15  | 3  | 75.00  | 8             | 42.11  | * |
| * | * HOSPITAL   | 0                                   | 0.00   | 5             | 71.43  | 7                  | 53.85  | 1  | 25.00  | 11            | 57.89  | * |
| * | * TOTALES    | 2                                   | 100.00 | 7             | 100.00 | 13                 | 100.00 | 4  | 100.00 | 19            | 100.00 | * |

|   |              | "ORIEN. PRACT. MED. A LA PREVENCION" |        |               |        | "IMPORTANCIA DE LA INVESTIG. EN FORM. DEL MD." |        |            |        |                 |        |   |
|---|--------------|--------------------------------------|--------|---------------|--------|--|--------|------------|--------|-----------------|--------|---|
|   |              | DE ACUERDO                           |        | EN DESACUERDO |        | MUY IMPORTANTE                                 |        | IMPORTANTE |        | POCO IMPORTANTE |        |   |
| * | *            | FREC                                 | %      | FREC          | %      | FREC   | %      | FREC       | %      | FREC            | %      | * |
| * | * CLI. CAMPO | 13                                   | 61.90  | 0             | 0.00   | 5  | 35.71  | 7          | 63.64  | 1               | 100.00 | * |
| * | * HOSPITAL   | 8                                    | 38.10  | 2             | 100.00 | 9  | 64.29  | 4          | 36.36  | 0               | 0.00   | * |
| * | * TOTALES    | 21                                   | 100.00 | 2             | 100.00 | 14   | 100.00 | 11         | 100.00 | 1               | 100.00 | * |

\* FUENTE: ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR., UNACH 87-88.

En base a los datos anteriores, es posible definir, que la práctica social de la medicina presente como imagen dominante en los alumnos del primer módulo es la MEDICINA COMUNITARIA, aunque con presencia importante de la Medicina Hospitalaria.

MODULOS II, VI, VII, VIII, IX: En función de que las respuestas de los alumnos de estos módulos son semejantes procedimos a analizarlas en forma grupal.

La preferencia del sitio ocupacional en los alumnos de estos módulos es el hospital. En relación a la preferencia asistencial a los grupos de población, muestran preferencia mayoritaria al grupo "a todos". En el modulo VI la mayoría expresó su preferencia por el grupo "campesinos"; asociados en todos los casos a "hospital". (cuadros Nos. 4.1.2.21, 4.1.2.25, 4.1.2.26, 4.1.2.27, 4.1.2.28).

La preferencia de ejercicio profesional mayoritaria fue "con otros médicos", asociada principalmente a "hospital". La preferencia de actividad profesional expresada como mayoritaria por los alumnos de estos módulos fué de actividades múltiples: actividades clínicas, docencia e investigación, asociada principalmente a "hospital".

La opinión respecto a la orientación de la práctica medica muestra que estan mayoritariamente en desacuerdo en orientarla exclusivamente a la clínica muy relacionado con la preferencia ocupacional en "hospital". Por otra parte estan mayoritariamente de acuerdo en que la práctica médica debe orientarse a la prevención, asociada tambien a "hospital".

CUADRO No. 4.1.2.21

\* MODULO DOS

CRUCE DE LOS PRINCIPALES INDICADORES POR MODULO., ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR., ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNACH., 1987-1988.

|   |              | "PREF. ASISTENCIAL" |        |         |        | "FORMA DE EJERC. PROFESIONAL" |        |                         |        |
|---|--------------|---------------------|--------|---------|--------|-------------------------------|--------|-------------------------|--------|
|   |              | CAMPEÑINOS          |        | A TODOS |        | C. OTROS MD.                  |        | INTERDISCIPLINARIAMENTE |        |
|   |              | FREC                | %      | FREC    | %      | FREC                          | %      | FREC                    | %      |
| * | * CLI. CAMPO | 0                   | 0.00   | 3       | 33.33  | 4                             | 33.33  | 0                       | 0.00   |
| * | * HOSPITAL   | 7                   | 100.00 | 6       | 66.67  | 8                             | 66.67  | 5                       | 100.00 |
| * | * TOTALES    | 7                   | 100.00 | 9       | 100.00 | 12                            | 100.00 | 5                       | 100.00 |

|   |              | "PREF. DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL" |        |               |        |                |        | "ORIENT. DE LA PRACT. MEDICA/DIAG. Y TRATAM." |        |               |        |
|---|--------------|-------------------------------------|--------|---------------|--------|----------------|--------|---|--------|---------------|--------|
|   |              | CLINICA                             |        | CLI./DOCENCIA |        | CLI/DOC E INVE |        | DE ACUERDO                                    |        | EN DESACUERDO |        |
|   |              | FREC                                | %      | FREC          | %      | FREC           | %      | FREC  | %      | FREC          | %      |
| * | * CLI. CAMPO | 0                                   | 0.00   | 1             | 25.00  | 3              | 33.33  | 1   | 25.00  | 2             | 20.00  |
| * | * HOSPITAL   | 3                                   | 100.00 | 3             | 75.00  | 6              | 66.67  | 3   | 75.00  | 8             | 80.00  |
| * | * TOTALES    | 3                                   | 100.00 | 4             | 100.00 | 9              | 100.00 | 4   | 100.00 | 10            | 100.00 |

|   |              | "ORIENT. FRAC. MED. A LA PREVENCION" |        |               |        | "IMPORTANCIA DE LA INVESTIG. EN FORM. DEL MD." |        |            |        |                 |        |
|---|--------------|--------------------------------------|--------|---------------|--------|--|--------|------------|--------|-----------------|--------|
|   |              | DE ACUERDO                           |        | EN DESACUERDO |        | MUY IMPORTANTE                                 |        | IMPORTANTE |        | POCO IMPORTANTE |        |
|   |              | FREC                                 | %      | FREC          | %      | FREC   | %      | FREC       | %      | FREC            | %      |
| * | * CLI. CAMPO | 0                                    | 0.00   | 2             | 66.67  | 0  | 0.00   | 4          | 44.44  | 0               | 0.00   |
| * | * HOSPITAL   | 11                                   | 100.00 | 1             | 33.33  | 5  | 100.00 | 5          | 55.56  | 3               | 100.00 |
| * | * TOTALES    | 11                                   | 100.00 | 3             | 100.00 | 5  | 100.00 | 9          | 100.00 | 3               | 100.00 |

\* FUENTE: ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR., UNACH 87-88.

CUADRO No. 4.1.2.25

\* MODULO SEIS

CRUCE DE LOS PRINCIPALES INDICADORES POR MODULO., ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR., ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNACH., 1987-1988.

|   |             | "PREF.ASISTENCIAL" |        |         |        | "FORMA DE EJERC.PROFESIONAL" |        |                         |        |
|---|-------------|--------------------|--------|---------|--------|------------------------------|--------|-------------------------|--------|
|   |             | CAMPESINOS         |        | A TODOS |        | C. OTROS MD.                 |        | INTERDISCIPLINARIAMENTE |        |
|   |             | FREC               | %      | FREC    | %      | FREC                         | %      | FREC                    | %      |
| * | * CLI.CAMPO | 5                  | 50.00  | 0       | 0.00   | 5                            | 45.45  | 1                       | 16.67  |
| * | * HOSPITAL  | 5                  | 50.00  | 3       | 100.00 | 6                            | 54.55  | 5                       | 83.33  |
| * | * TOTALES   | 10                 | 100.00 | 3       | 100.00 | 11                           | 100.00 | 6                       | 100.00 |

|   |             | "PREF. DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL" |        |               |        |                |        | "ORIE.N. DE LA PRACT.MEDICA/DIAG.Y TRATAM." |        |               |        |
|---|-------------|-------------------------------------|--------|---------------|--------|----------------|--------|---|--------|---------------|--------|
|   |             | CLINICA                             |        | CLI./DOCENCIA |        | CLI/DOC E INVE |        | DE ACUERDO                                  |        | EN DESACUERDO |        |
|   |             | FREC                                | %      | FREC          | %      | FREC           | %      | FREC  | %      | FREC          | %      |
| * | * CLI.CAMPO | 3                                   | 60.00  | 3             | 50.00  | 1              | 12.50  | 3   | 75.00  | 4             | 26.67  |
| * | * HOSPITAL  | 2                                   | 40.00  | 3             | 50.00  | 7              | 87.50  | 1   | 25.00  | 11            | 73.33  |
| * | * TOTALES   | 5                                   | 100.00 | 6             | 100.00 | 8              | 100.00 | 4   | 100.00 | 15            | 100.00 |

|   |             | "ORIE.N.PRACT.MED.A LA PREVENCION" |        |               |        | "IMPORTANCIA DE LA INVESTIG. EN FORM. DEL MD." |        |            |        |                 |        |
|---|-------------|------------------------------------|--------|---------------|--------|--|--------|------------|--------|-----------------|--------|
|   |             | DE ACUERDO                         |        | EN DESACUERDO |        | MUY IMPORTANTE                                 |        | IMPORTANTE |        | POCO IMPORTANTE |        |
|   |             | FREC                               | %      | FREC          | %      | FREC   | %      | FREC       | %      | FREC            | %      |
| * | * CLI.CAMPO | 5                                  | 41.67  | 1             | 16.67  | 2  | 28.57  | 5          | 45.45  | 0               | 0.00   |
| * | * HOSPITAL  | 7                                  | 58.33  | 5             | 83.33  | 5  | 71.43  | 6          | 54.55  | 1               | 100.00 |
| * | * TOTALES   | 12                                 | 100.00 | 6             | 100.00 | 7  | 100.00 | 11         | 100.00 | 1               | 100.00 |

\* FUENTE: ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR., UNACH 87-88.

CUADRO No. 4.1.2.26

\* MODULO SIETE

CRUCE DE LOS PRINCIPALES INDICADORES POR MODULO., ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR., ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNACH., 1987-1988.

|   |              | "PREF. ASISTENCIAL" |        |         |        | "FORMA DE EJERC. PROFESIONAL" |        |                         |        |   |
|---|--------------|---------------------|--------|---------|--------|-------------------------------|--------|-------------------------|--------|---|
|   |              | CAMPESINOS          |        | A TODOS |        | C. OTROS MD.                  |        | INTERDISCIPLINARIAMENTE |        |   |
|   |              | FREC                | %      | FREC    | %      | FREC                          | %      | FREC                    | %      |   |
| * | * CLI. CAMPO | 3                   | 75.00  | 0       | 0.00   | 2                             | 33.33  | 2                       | 20.00  | * |
| * | * HOSPITAL   | 1                   | 25.00  | 8       | 100.00 | 4                             | 66.67  | 8                       | 80.00  | * |
| * | * TOTALES    | 4                   | 100.00 | 8       | 100.00 | 6                             | 100.00 | 10                      | 100.00 | * |

|   |              | "PREF. DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL" |      |               |        |                 | "ORIENT. DE LA PRACT. MEDICA/DIAG. Y TRATAM." |            |        |               |        |   |
|---|--------------|-------------------------------------|------|---------------|--------|-----------------|---|------------|--------|---------------|--------|---|
|   |              | CLINICA                             |      | CLI./DOCENCIA |        | CLI./DOC E INVE |   | DE ACUERDO |        | EN DESACUERDO |        |   |
|   |              | FREC                                | %    | FREC          | %      | FREC            | %   | FREC       | %      | FREC          | %      |   |
| * | * CLI. CAMPO | 0                                   | 0.00 | 3             | 33.33  | 2               | 25.00   | 1          | 50.00  | 3             | 23.08  | * |
| * | * HOSPITAL   | 0                                   | 0.00 | 6             | 66.67  | 6               | 75.00   | 1          | 50.00  | 10            | 76.92  | * |
| * | * TOTALES    | 0                                   | 0.00 | 9             | 100.00 | 8               | 100.00  | 2          | 100.00 | 13            | 100.00 | * |

|   |              | "ORIENT. PRACT. MED. A LA PREVENCIÓN" |        |               |        | "IMPORTANCIA DE LA INVESTIG. EN FORM. DEL MD." |        |            |        |                 |      |   |
|---|--------------|---------------------------------------|--------|---------------|--------|--|--------|------------|--------|-----------------|------|---|
|   |              | DE ACUERDO                            |        | EN DESACUERDO |        | MUY IMPORTANTE                                 |        | IMPORTANTE |        | POCO IMPORTANTE |      |   |
|   |              | FREC                                  | %      | FREC          | %      | FREC   | %      | FREC       | %      | FREC            | %    |   |
| * | * CLI. CAMPO | 4                                     | 33.33  | 0             | 0.00   | 1  | 25.00  | 4          | 33.33  | 0               | 0.00 | * |
| * | * HOSPITAL   | 8                                     | 66.67  | 3             | 100.00 | 3  | 75.00  | 8          | 66.67  | 0               | 0.00 | * |
| * | * TOTALES    | 12                                    | 100.00 | 3             | 100.00 | 4  | 100.00 | 12         | 100.00 | 0               | 0.00 | * |

\* FUENTE: ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR., UNACH 87-88.

CUADRO No. 4.1.2.27

\* MODULO OCHO

CRUCE DE LOS PRINCIPALES INDICADORES POR MODULO., ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR., ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNACH., 1987-1988.

|   |              | "PREF. ASISTENCIAL" |        |         |        | "FORMA DE EJERC. PROFESIONAL" |        |                         |        |
|---|--------------|---------------------|--------|---------|--------|-------------------------------|--------|-------------------------|--------|
|   |              | CAMPEÑINOS          |        | A TODOS |        | C. OTROS MD.                  |        | INTERDISCIPLINARIAMENTE |        |
|   |              | FREC                | %      | FREC    | %      | FREC                          | %      | FREC                    | %      |
| * | * CLI. CAMPO | 2                   | 14.29  | 2       | 15.38  | 2                             | 10.53  | 2                       | 20.00  |
| * | * HOSPITAL   | 12                  | 85.71  | 11      | 84.62  | 17                            | 89.47  | 8                       | 80.00  |
| * | * TOTALES    | 14                  | 100.00 | 13      | 100.00 | 19                            | 100.00 | 10                      | 100.00 |

|   |              | "PREF. DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL" |        |               |        | "ORIENT. DE LA PRACT. MEDICA/DIAG. Y TRATAM." |        |            |        |               |        |
|---|--------------|-------------------------------------|--------|---------------|--------|---|--------|------------|--------|---------------|--------|
|   |              | CLINICA                             |        | CLI./DOCENCIA |        | CLI./DOC E INVE                               |        | DE ACUERDO |        | EN DESACUERDO |        |
|   |              | FREC                                | %      | FREC          | %      | FREC  | %      | FREC       | %      | FREC          | %      |
| * | * CLI. CAMPO | 1                                   | 14.29  | 1             | 11.11  | 2   | 13.33  | 0          | 0.00   | 3             | 12.50  |
| * | * HOSPITAL   | 6                                   | 85.71  | 8             | 88.89  | 13  | 86.67  | 4          | 100.00 | 21            | 87.50  |
| * | * TOTALES    | 7                                   | 100.00 | 9             | 100.00 | 15  | 100.00 | 4          | 100.00 | 24            | 100.00 |

|   |              | "ORIENT. PRACT. MED. A LA PREVENCIÓN" |        |               |        | "IMPORTANCIA DE LA INVESTIG. EN FORM. DEL MD." |        |            |        |                 |        |
|---|--------------|---------------------------------------|--------|---------------|--------|--|--------|------------|--------|-----------------|--------|
|   |              | DE ACUERDO                            |        | EN DESACUERDO |        | MUY IMPORTANTE                                 |        | IMPORTANTE |        | POCO IMPORTANTE |        |
|   |              | FREC                                  | %      | FREC          | %      | FREC   | %      | FREC       | %      | FREC            | %      |
| * | * CLI. CAMPO | 5                                     | 15.15  | 0             | 0.00   | 2  | 18.18  | 2          | 10.00  | 1               | 50.00  |
| * | * HOSPITAL   | 28                                    | 84.85  | 1             | 100.00 | 9  | 81.82  | 18         | 90.00  | 1               | 50.00  |
| * | * TOTALES    | 33                                    | 100.00 | 1             | 100.00 | 11   | 100.00 | 20         | 100.00 | 2               | 100.00 |

\* FUENTE: ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR., UNACH 87-88.

CUADRO No. 4.1.2.28

\* MODULO NUEVE

CFUCE DE LOS PRINCIPALES INDICADORES POR MODULO., ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR., ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNACH., 1987-1988.

|   |              | "PREF. ASISTENCIAL" |        |         |        | "FORMA DE EJERC. PROFESIONAL" |        |                         |        |   |
|---|--------------|---------------------|--------|---------|--------|-------------------------------|--------|-------------------------|--------|---|
|   |              | CAMPESINOS          |        | A TODOS |        | C. OTROS MD.                  |        | INTERDISCIPLINARIAMENTE |        |   |
|   |              | FREC                | %      | FREC    | %      | FREC                          | %      | FREC                    | %      |   |
| * | * CLI. CAMPO | 1                   | 14.29  | 4       | 36.36  | 2                             | 14.29  | 2                       | 50.00  | * |
| * | * HOSPITAL   | 6                   | 85.71  | 7       | 63.64  | 12                            | 85.71  | 2                       | 50.00  | * |
| * | * TOTALES    | 7                   | 100.00 | 11      | 100.00 | 14                            | 100.00 | 4                       | 100.00 | * |

|   |              | "PREF. DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL" |        |               |        |                | "ORIENT. DE LA FRAC. MEDICA/DIAG. Y TRATAM." |            |        |               |        |   |
|---|--------------|-------------------------------------|--------|---------------|--------|----------------|--|------------|--------|---------------|--------|---|
|   |              | CLINICA                             |        | CLI./DOCENCIA |        | CLI/DOC E INVE |  | DE ACUERDO |        | EN DESACUERDO |        |   |
|   |              | FREC                                | %      | FREC          | %      | FREC           | %  | FREC       | %      | FREC          | %      |   |
| * | * CLI. CAMPO | 0                                   | 0.00   | 1             | 12.50  | 4              | 80.00  | 0          | 0.00   | 5             | 31.25  | * |
| * | * HOSPITAL   | 3                                   | 100.00 | 7             | 87.50  | 1              | 20.00  | 2          | 100.00 | 11            | 68.75  | * |
| * | * TOTALES    | 3                                   | 100.00 | 8             | 100.00 | 5              | 100.00                                       | 2          | 100.00 | 16            | 100.00 | * |

|   |              | "ORIENT. FRAC. MED. A LA PREVENCIÓN" |        |               |        | "IMPORTANCIA DE LA INVESTIG. EN FORM. DEL MD." |        |            |        |                 |        |   |
|---|--------------|--------------------------------------|--------|---------------|--------|--|--------|------------|--------|-----------------|--------|---|
|   |              | DE ACUERDO                           |        | EN DESACUERDO |        | MUY IMPORTANTE                                 |        | IMPORTANTE |        | POCO IMPORTANTE |        |   |
|   |              | FREC                                 | %      | FREC          | %      | FREC   | %      | FREC       | %      | FREC            | %      |   |
| * | * CLI. CAMPO | 3                                    | 20.00  | 1             | 25.00  | 3  | 50.00  | 2          | 16.67  | 0               | 0.00   | * |
| * | * HOSPITAL   | 12                                   | 80.00  | 3             | 75.00  | 3  | 50.00  | 10         | 83.33  | 2               | 100.00 | * |
| * | * TOTALES    | 15                                   | 100.00 | 4             | 100.00 | 6  | 100.00 | 12         | 100.00 | 2               | 100.00 | * |

\* FUENTE: ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR., UNACH 87-88.

La investigación es considerada "importante" en la formación del médico, según la opinión de los entrevistados.

La práctica profesional presente como imagen dominante según la opinión de los alumnos de los módulos II, VI, VII, VIII, y IX es la MEDICINA HOSPITALARIA pero con preferencia ocupacional múltiple: actividades clínicas, docencia e investigación. La preferencia del ejercicio profesional "con otros médicos" corresponde claramente a la Medicina Hospitalaria.

MODULOS III y V: La preferencia del sitio ocupacional es ligeramente más importante en el "hospital" que en "clínica de campo" en el módulo III y equitativo en el módulo V. Mayoritariamente expresan preferencia asistencial por el grupo "a todos" en el módulo III, y al grupo "campesinos" en el módulo V. (Cuadros Nos. 4.1.2.22 y 4.1.2.24).

En ambos módulos, la preferencia asistencial se relaciona equitativamente con "hospital" y "clínica de campo", siendo la primera, ligeramente más importante.

La forma de ejercicio profesional mayoritaria fue "con otros médicos", relacionada en el módulo III en forma muy importante con "hospital" aunque en el módulo V se relaciona casi equitativamente entre "hospital" y "clínica de campo", siendo la primera, ligeramente más importante.

La preferencia mayoritaria de actividad profesional fue múltiple: actividades clínicas, docentes y de investigación. Su relación con "clínica de campo" y "hospital" es semejante a la descrita para la "forma de ejercicio profesional".

CUADRO No. 4.1.2.22

\* MODULO TRES

CRUCE DE LOS PRINCIPALES INDICADORES POR MODULO., ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR., ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNACH., 1987-1988.

|   |              | "PREF. ASISTENCIAL" |        |         |        | "FORMA DE EJERC. PROFESIONAL" |        |                         |        |   |
|---|--------------|---------------------|--------|---------|--------|-------------------------------|--------|-------------------------|--------|---|
|   |              | CAMPEÑINOS          |        | A TODOS |        | C. OTROS MD.                  |        | INTERDISCIPLINARIAMENTE |        |   |
| * | *            | FREC                | %      | FREC    | %      | FREC                          | %      | FREC                    | %      | * |
| * | * CLI. CAMPO | 0                   | 0.00   | 7       | 63.64  | 5                             | 55.56  | 1                       | 14.29  | * |
| * | * HOSPITAL   | 1                   | 100.00 | 4       | 36.36  | 4                             | 44.44  | 6                       | 85.71  | * |
| * | * TOTALES    | 1                   | 100.00 | 11      | 100.00 | 9                             | 100.00 | 7                       | 100.00 | * |

|   |              | "PREF. DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL" |        |               |        | "ORIENT. DE LA PRACT. MEDICA/DIAG. Y TRATAM." |        |            |        |               |        |   |
|---|--------------|-------------------------------------|--------|---------------|--------|---|--------|------------|--------|---------------|--------|---|
|   |              | CLINICA                             |        | CLI./DOCENCIA |        | CLI./DOC E INVE                               |        | DE ACUERDO |        | EN DESACUERDO |        |   |
| * | *            | FREC                                | %      | FREC          | %      | FREC  | %      | FREC       | %      | FREC          | %      | * |
| * | * CLI. CAMPO | 0                                   | 0.00   | 0             | 0.00   | 6   | 54.55  | 1          | 100.00 | 6             | 42.86  | * |
| * | * HOSPITAL   | 1                                   | 100.00 | 3             | 100.00 | 5   | 45.45  | 0          | 0.00   | 8             | 57.14  | * |
| * | * TOTALES    | 1                                   | 100.00 | 3             | 100.00 | 11  | 100.00 | 1          | 100.00 | 14            | 100.00 | * |

|   |              | "ORIENT. PRACT. MED. A LA PREVENCION" |        |               |        | "IMPORTANCIA DE LA INVESTIG. EN FORM. DEL MD." |        |            |        |                 |      |   |
|---|--------------|---------------------------------------|--------|---------------|--------|--|--------|------------|--------|-----------------|------|---|
|   |              | DE ACUERDO                            |        | EN DESACUERDO |        | MUY IMPORTANTE                                 |        | IMPORTANTE |        | FOCO IMPORTANTE |      |   |
| * | *            | FREC                                  | %      | FREC          | %      | FREC   | %      | FREC       | %      | FREC            | %    | * |
| * | * CLI. CAMPO | 4                                     | 44.44  | 1             | 33.33  | 1  | 50.00  | 6          | 42.86  | 0               | 0.00 | * |
| * | * HOSPITAL   | 5                                     | 55.56  | 2             | 66.67  | 1  | 50.00  | 8          | 57.14  | 0               | 0.00 | * |
| * | * TOTALES    | 9                                     | 100.00 | 3             | 100.00 | 2  | 100.00 | 14         | 100.00 | 0               | 0.00 | * |

\* FUENTE: ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR., UNACH 87-88.

CUADRO No. 4.1.2.24

\* \* MODULO CINCO

CRUCE DE LOS PRINCIPALES INDICADORES POR MODULO., ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR., ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNACH., 1987-1988.

|       |                | "PREF. ASISTENCIAL" |        |         |        | "FORMA DE EJERC. PROFESIONAL" |        |                         |        |       |
|-------|----------------|---------------------|--------|---------|--------|-------------------------------|--------|-------------------------|--------|-------|
|       |                | CAMPESINOS          |        | A TODOS |        | C. OTROS MD.                  |        | INTERDISCIPLINARIAMENTE |        |       |
| * * * | * * *          | FREC                | %      | FREC    | %      | FREC                          | %      | FREC                    | %      | * * * |
| * * * | * * CLI. CAMPO | 4                   | 33.33  | 5       | 62.50  | 4                             | 36.36  | 8                       | 72.73  | * * * |
| * * * | * * HOSPITAL   | 8                   | 66.67  | 3       | 37.50  | 7                             | 63.64  | 3                       | 27.27  | * * * |
| * * * | * * TOTALES    | 12                  | 100.00 | 8       | 100.00 | 11                            | 100.00 | 11                      | 100.00 | * * * |

|       |                | "PREF. DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL" |        |               |        |                | "ORIE. DE LA PRACT. MEDICA/DIAG. Y TRATAM." |            |        |               |        |       |
|-------|----------------|-------------------------------------|--------|---------------|--------|----------------|---|------------|--------|---------------|--------|-------|
|       |                | CLINICA                             |        | CLI./DOCENCIA |        | CLI/DOC E INVE |   | DE ACUERDO |        | EN DESACUERDO |        |       |
| * * * | * * *          | FREC                                | %      | FREC          | %      | FREC           | %   | FREC       | %      | FREC          | %      | * * * |
| * * * | * * CLI. CAMPO | 0                                   | 0.00   | 3             | 37.50  | 9              | 75.00                                       | 4          | 80.00  | 8             | 44.44  | * * * |
| * * * | * * HOSPITAL   | 3                                   | 100.00 | 5             | 62.50  | 3              | 25.00                                       | 1          | 20.00  | 10            | 55.56  | * * * |
| * * * | * * TOTALES    | 3                                   | 100.00 | 8             | 100.00 | 12             | 100.00                                      | 5          | 100.00 | 18            | 100.00 | * * * |

|       |                | "ORIE. PRACT. MED. A LA PREVENCION" |        |               |        | "IMPORTANCIA DE LA INVESTIG. EN FORM. DEL MD." |        |            |        |                 |      |       |
|-------|----------------|-------------------------------------|--------|---------------|--------|--|--------|------------|--------|-----------------|------|-------|
|       |                | DE ACUERDO                          |        | EN DESACUERDO |        | MUY IMPORTANTE                                 |        | IMPORTANTE |        | POCO IMPORTANTE |      |       |
| * * * | * * *          | FREC                                | %      | FREC          | %      | FREC   | %      | FREC       | %      | FREC            | %    | * * * |
| * * * | * * CLI. CAMPO | 13                                  | 59.09  | 0             | 0.00   | 8  | 61.54  | 5          | 35.71  | 0               | 0.00 | * * * |
| * * * | * * HOSPITAL   | 9                                   | 40.91  | 2             | 100.00 | 5  | 38.46  | 9          | 64.29  | 0               | 0.00 | * * * |
| * * * | * * TOTALES    | 22                                  | 100.00 | 2             | 100.00 | 13   | 100.00 | 14         | 100.00 | 0               | 0.00 | * * * |

\* \* FUENTE: ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR., UNACH 87-88.

En relación a la orientación de la práctica médica, en ambos módulos hay desacuerdo mayoritario en orientarla exclusivamente al diagnóstico y tratamiento (clínica), relacionada casi equitativamente con "hospital" y "clínica de campo" siendo ligeramente más importante la primera en el módulo III y la segunda en el módulo V.

Hay, asimismo, acuerdo mayoritario en orientar la práctica médica a la prevención en ambos módulos, mostrando una relación semejante a la descrita para la orientación de la práctica médica al diagnóstico y tratamiento.

La investigación es considerada "importante" en la formación médica en ambos módulos.

En estos módulos es posible vislumbrar las prácticas: MEDICINA HOSPITALARIA y MEDICINA COMUNITARIA sin dominancia de una de ellas sobre la otra. Las características son: una actividad profesional múltiple que incluya actividades clínicas, docentes y de investigación, así como el ejercicio profesional "con otros médicos".

MODULO IV: La preferencia del sitio ocupacional predominante es "clínica de campo". Asimismo manifiestan preferencia asistencial por el grupo "campesinos". a preferencia asistencial a "campesinos" se asocia con la preferencia ocupacional por "clínica de campo". (Cuadro No. 4.1.2.23).

La forma de ejercicio profesional muestra una doble tendencia al trabajo grupal: "con otros médicos" e "interdisciplinariamente". Ambas relacionadas con "clínica de

CUADRO No. 4.1.2.23

\* MODULO CUATRO

CRUCE DE LOS PRINCIPALES INDICADORES POR MODULO., ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR., ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNACH., 1987-1988.

|   |              | "PREF. ASISTENCIAL" |        |         |        | "FORMA DE EJERC. PROFESIONAL" |        |                         |        |
|---|--------------|---------------------|--------|---------|--------|-------------------------------|--------|-------------------------|--------|
|   |              | CAMPESINOS          |        | A TODOS |        | C. OTROS MD.                  |        | INTERDISCIPLINARIAMENTE |        |
|   |              | FREC                | %      | FREC    | %      | FREC                          | %      | FREC                    | %      |
| * | * CLI. CAMPO | 9                   | 81.82  | 2       | 40.00  | 7                             | 77.78  | 5                       | 50.00  |
| * | * HOSPITAL   | 2                   | 18.18  | 3       | 60.00  | 2                             | 22.22  | 5                       | 50.00  |
| * | * TOTALES    | 11                  | 100.00 | 5       | 100.00 | 9                             | 100.00 | 10                      | 100.00 |

|   |              | "PREF. DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL" |        |               |        | "ORIE. DE LA PRACT. MEDICA/DIAG. Y TRATAM." |        |            |        |               |        |
|---|--------------|-------------------------------------|--------|---------------|--------|---|--------|------------|--------|---------------|--------|
|   |              | CLINICA                             |        | CLI./DOCENCIA |        | CLI./DOC E INVE                             |        | DE ACUERDO |        | EN DESACUERDO |        |
|   |              | FREC                                | %      | FREC          | %      | FREC  | %      | FREC       | %      | FREC          | %      |
| * | * CLI. CAMPO | 5                                   | 83.33  | 2             | 40.00  | 6   | 60.00  | 2          | 100.00 | 10            | 58.82  |
| * | * HOSPITAL   | 1                                   | 16.67  | 3             | 60.00  | 4   | 40.00  | 0          | 0.00   | 7             | 41.18  |
| * | * TOTALES    | 6                                   | 100.00 | 5             | 100.00 | 10  | 100.00 | 2          | 100.00 | 17            | 100.00 |

|   |              | "ORIE. PRACT. MED. A LA PREVENCIÓN" |        |               |        | "IMPORTANCIA DE LA INVESTIG. EN FORM. DEL MD." |        |            |        |                 |        |
|---|--------------|-------------------------------------|--------|---------------|--------|--|--------|------------|--------|-----------------|--------|
|   |              | DE ACUERDO                          |        | EN DESACUERDO |        | MUY IMPORTANTE                                 |        | IMPORTANTE |        | POCO IMPORTANTE |        |
|   |              | FREC                                | %      | FREC          | %      | FREC   | %      | FREC       | %      | FREC            | %      |
| * | * CLI. CAMPO | 14                                  | 73.68  | 2             | 66.67  | 3  | 60.00  | 12         | 70.59  | 1               | 50.00  |
| * | * HOSPITAL   | 5                                   | 26.32  | 1             | 33.33  | 2  | 40.00  | 5          | 29.41  | 1               | 50.00  |
| * | * TOTALES    | 19                                  | 100.00 | 3             | 100.00 | 5  | 100.00 | 17         | 100.00 | 2               | 100.00 |

\* FUENTE: ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR., UNACH 87-88.

campo".

La preferencia de actividad profesional mayoritaria en este módulo, es múltiple, es decir, que incluye actividades clínicas, docentes y de investigación relacionadas en forma muy importante con "clínica de campo". 21% de los entrevistados de este módulo expresaron su preferencia de actividad profesional orientada exclusivamente a la clínica, relacionada con "clínica de campo".

La opinión de los entrevistados de este módulo en cuanto a la orientación de la práctica médica expresa una marcada tendencia a la prevención claramente asociada a "clínica de campo". También expresaron desacuerdo mayoritario en orientar la práctica médica al diagnóstico y tratamiento, asociado mayoritariamente a "clínica de campo".

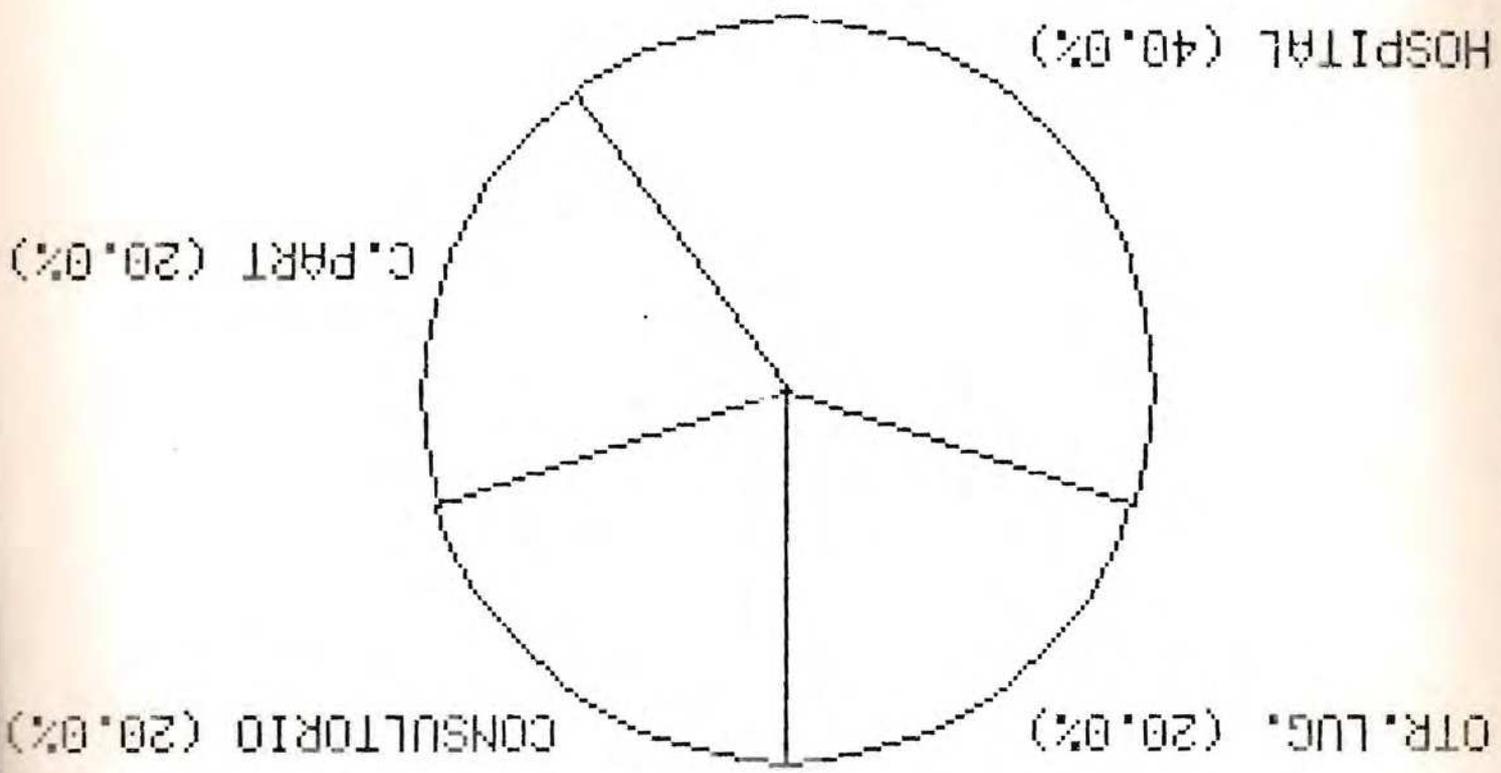
La investigación es considerada importante en la formación del médico en este módulo.

En términos generales, es posible afirmar, que en este módulo, la práctica dominante es la MEDICINA COMUNITARIA, con preferencia de actividad profesional múltiple (clínica, docencia e investigación), así como preferencia por el ejercicio profesional "con otros médicos" e "interdisciplinariamente".

PROFESORES: La preferencia del sitio ocupacional expresada por los profesores fué "hospital", seguido en importancia por "consultorio" "clínica particular" y "otros lugares". (Gráfico No. 4.1.2.9).

PREF. DE SIT. OCUPACIONAL DE LOS DOCENTES  
ESC. MED. UNACH, 1987-1988

GRAFICO No. 4.1.2.9



75% de ellos expresaron preferencia asistencial por el grupo "a todos", asociada principalmente a "hospital". Cabe mencionar que ninguno de los entrevistados de este grupo expresó preferencia ocupacional por "clínicas de campo".

La forma de ejercicio profesional predominante en este grupo fué el trabajo grupal interdisciplinario, asociado principalmente con "hospital".

La opinión de los entrevistados respecto a la orientación de la práctica médica, fué de total desacuerdo en orientarla exclusivamente al diagnóstico y tratamiento (clínica), así como total acuerdo en orientarla a la prevención.

Por último, 60 % de los profesores consideraron la investigación una actividad "muy importante" en la formación del médico, en tanto 40% la consideró simplemente importante.

Con estos datos, es posible concluir señalando, que la práctica dominante en los profesores es la MEDICINA HOSPITALARIA, con preferencia de actividad múltiple (actividades clínicas, docentes y de investigación), así como preferencia por el trabajo grupal "interdisciplinario".

Una vez revisados los resultados por módulo podemos concluir expresando que la práctica social dominante en docentes y alumnos de la Esc. de Medicina de la UNACH, es la MEDICINA HOSPITALARIA, aunque también en esta presente la MEDICINA COMUNITARIA principalmente en los módulos I y IV. (Gráficos Nos. 4.1.2.8 y 4.1.2.10).

PREF. POR EL HOSPITAL COMO SIT. OCUPAC. POR MODULOS., ESC. MED. UNACH 87-88

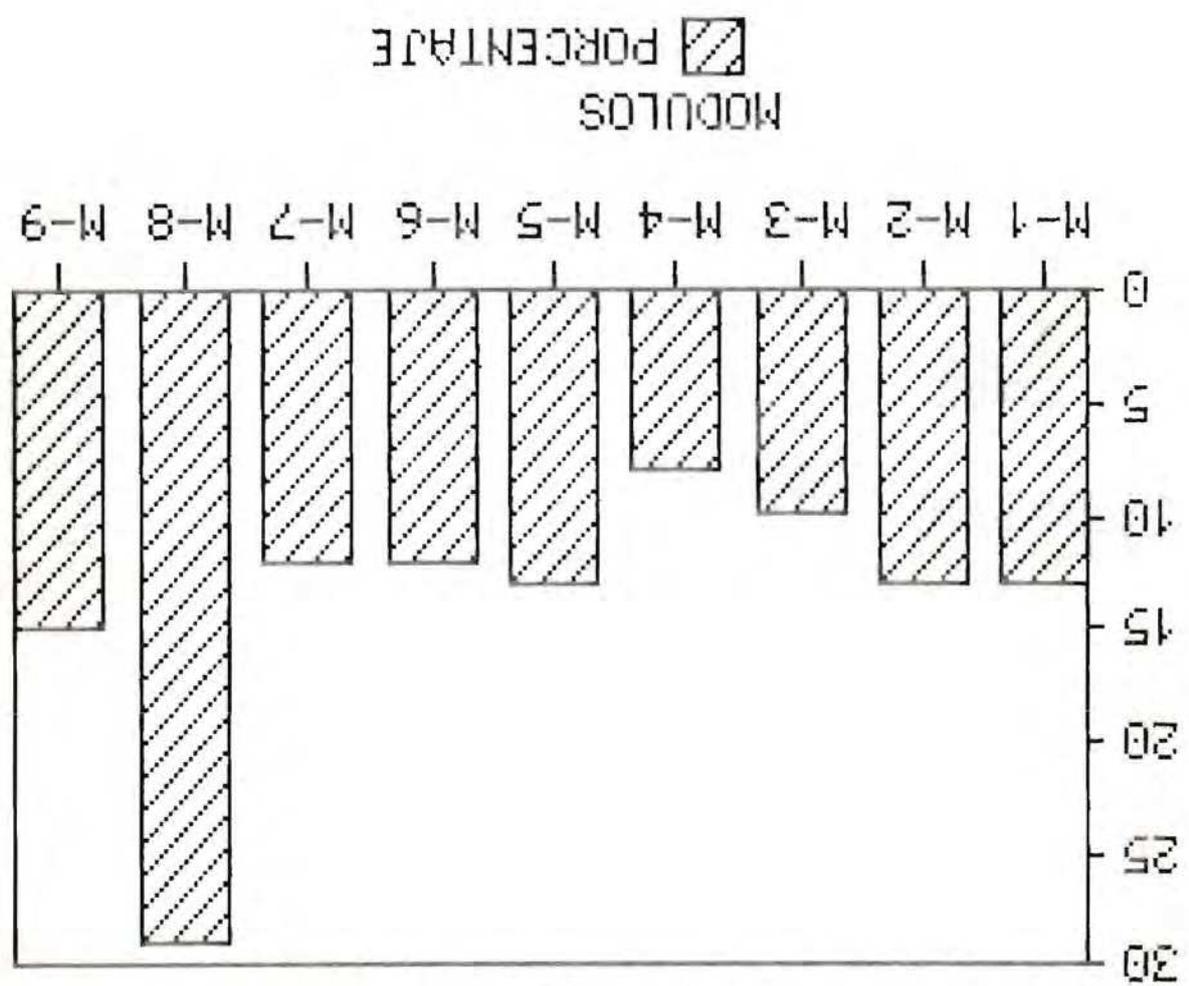
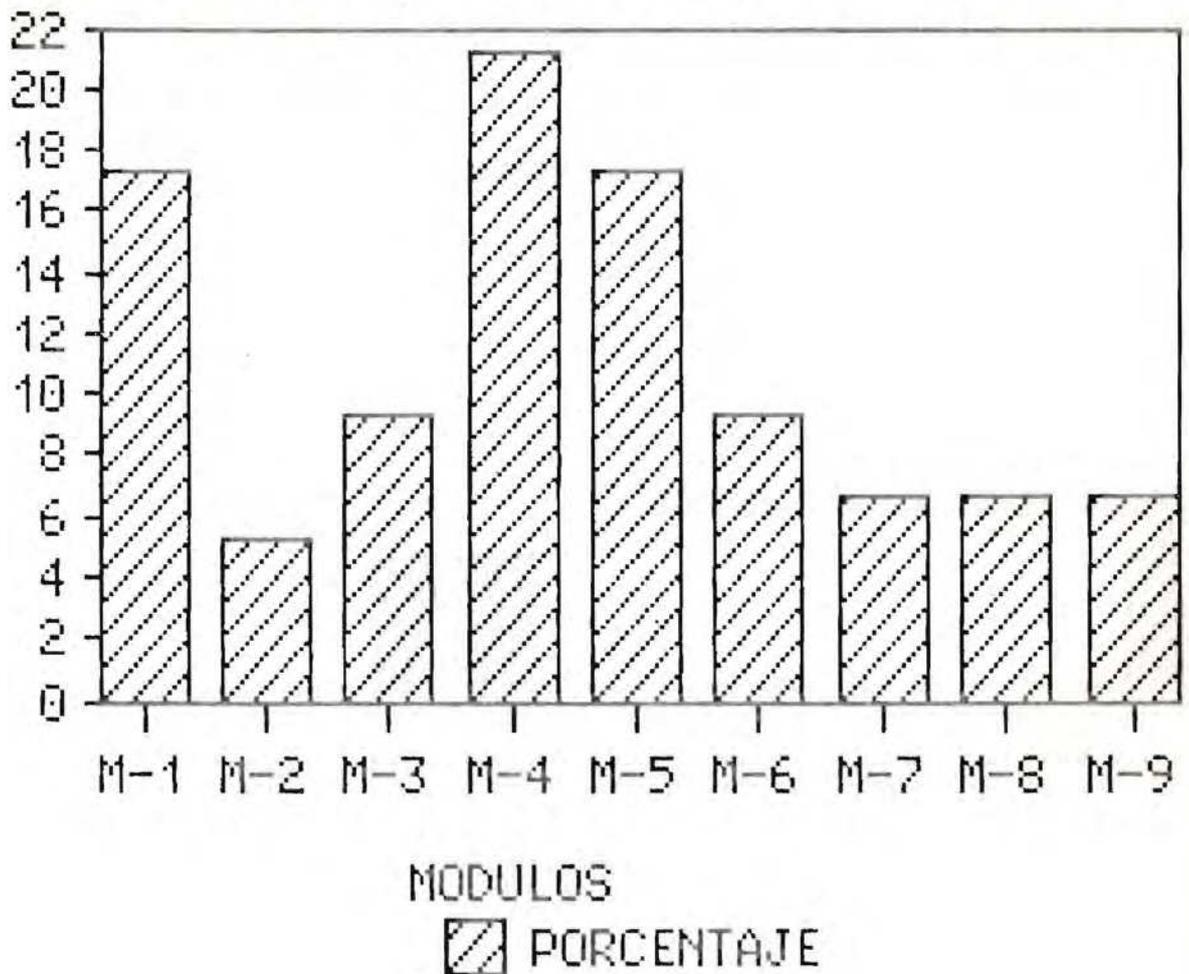


GRAFICO No. 4.1.2.10

PREF. CLINICA DE CAMPO COMO SIT. OCUPAC.  
POR MODULOS., ESC. MED. UNACH 87-88



Si tomamos en cuenta que la práctica social de la medicina que articula en plan de estudios es la Medicina Hospitalaria, y que en él, la medicina comunitaria se reduce a prácticas de campo de escasa importancia, y presente sólo en algunos módulos según los datos obtenidos en la encuesta, nos orientan a explicar el fenómeno de la importante presencia de la medicina comunitaria como imagen en los alumnos entrevistados a partir de: a) las experiencias de los individuos antes de iniciar la carrera; y b) las experiencias obtenidas en las actividades prácticas de algunos módulos.

En ambos casos implica, que el contacto de los estudiantes con determinados aspectos de la realidad, determina su "visión" predominante de la práctica profesional.

En este caso, llama la atención que en los módulos I y IV la imagen dominante es la Medicina Comunitaria. El primero se explicaría por el contacto o vivencias personales de los estudiantes con la realidad en la que viven. Recordemos que la población de Chiapas es mayoritariamente rural 78.5% y dentro de ella, la mayoría campesina (53). En el segundo caso, es decir, en los estudiantes del módulo IV, la presencia mayoritaria de la Medicina Comunitaria puede estar relacionada íntimamente con los contenidos teórico-prácticos de este módulo denominado "Infectología", ya que orientan a la comprensión diferencial del proceso salud-enfermedad en la población, aunque no constituye propiamente una conceptualización diferente del proceso salud-enfermedad. (Ver resultados del análisis del plan de estudios).

Esta "visibilidad" obtenida en el módulo IV se continúa hasta el V módulo denominado "hemodinamia", en el que aparecen con igual importancia la Medicina Hospitalaria y la Medicina Comunitaria.

Después del V módulo, es notable la importancia otorgada a la Medicina Hospitalaria, lo cual coincide con el tipo de actividades prácticas desempeñadas en los últimos módulos: las prácticas hospitalarias.

El módulo IX "medicina psicosocial", si bien parece tener un alto contenido sociomédico, no es así. (Ver resultados del análisis del plan de estudios). La importancia otorgada a la Medicina Hospitalaria en este módulo, puede derivarse, además de los contenidos teórico-prácticos, por una parte de las experiencias obtenidas en los módulos previos, y por otra, de la cercanía del Internado Rotatorio de Pregrado, que constituye el Módulo X del plan de estudios. (Ver anexo No 2)

Consideramos que el internado rotatorio de pregrado, es la fase fundamental en la consolidación de la Medicina Hospitalaria como práctica social dominante en los médicos en formación. A partir de ello, el Servicio Social con duración de un año, y realizado, las más de las veces en áreas rurales en poco o nada cambia la "visión" ya consolidada de la Medicina Hospitalaria como práctica profesional dominante.

Hechas estas consideraciones, cabe mencionar, que si bien tanto el plan de estudios como los valores transmitidos por los docentes orientan al estudiante a la Medicina Hospitalaria, este proceso no es lineal ni absoluto. La imagen de una práctica

social de la medicina que los estudiantes puedan tener antes de su ingreso a la Escuela de Medicina o dentro de ella, constituye una fuerza fundamental, incluso de resistencia a la orientación proporcionada por la misma.

Es frecuente observar, que en el diseño o rediseño de planes y programas de estudio, no sólo no se tome en cuenta las características y opinión de los estudiantes, sino peor aún, que se les considere como una "masa amorfa" en relación a sus conocimientos, a la que hay que "moldear", y la cuál no tiene porqué oponer resistencia a los conocimientos proporcionados por la Escuela, considerados "universalmente válidos".

La ubicación de los estudiantes y de la Escuela de Medicina en un contexto social complejo y dinámico, en el que se dan contradicciones a todos los niveles, permite explicar las diferencias "ideológicas" encontradas en relación a la práctica social de la medicina dominante en la actualidad, tanto en docentes como en alumnos. Asimismo, el hecho de que una práctica social sea dominante -en este caso la Medicina Hospitalaria- no implica que su dominancia sea absoluta y lineal, sino más bien presenta "gradaciones" según las características y ubicación social de los grupos sociales.

Por otra parte, el hecho de que la actividad profesional mayoritaria expresada en la encuesta incluya actividades clínicas de docencia e investigación independientemente de la preferencia del sitio ocupacional, podría tener explicación más que en inclinaciones "vocacionales" de los individuos, en las

características del mercado de trabajo. (10) Es muy frecuente observar, que el médico tenga que desempeñar dentro del área de la medicina, distintas actividades, en función de completar sus ingresos económicos, más que para desarrollar distintas actividades en función de la solución de problemas de salud-enfermedad específicos de la población o del desarrollo de la creatividad del médico. Consideramos que ese es el caso de la mayoría de los profesores de la Escuela de Medicina de la UNACH.

OPINIONES RESPECTO A LA NECESIDAD DE REESTRUCTURAR EL PLAN DE ESTUDIOS DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNACH.

Las opiniones de docentes y alumnos de la Escuela de Medicina de la UNACH, respecto a la necesidad de rediseñar el plan y programas de estudio de esa Institución fueron las siguientes:

75.8% de los alumnos y 81.8% de los profesores expresaron estar de acuerdo en la necesidad de reestructurar el plan de estudios, constituyendo la mayoría en ambos grupos. (Cuadros Nos. 4.1.2.29 y 4.1.2.30).

Cuadro No. 4.1.2.29

Nec. de reestructurar el Plan de Estudios de la Esc. de Medicina de la UNACH.

| Módulo | De acuerdo  | En desacuerdo | Total      |
|--------|-------------|---------------|------------|
| I      | 15          | 8             | 23         |
| II     | 16          | 5             | 21         |
| III    | 11          | 3             | 14         |
| IV     | 21          | 5             | 26         |
| V      | 19          | 7             | 26         |
| VI     | 14          | 9             | 23         |
| VII    | 18          | 6             | 22         |
| VIII   | 25          | 8             | 33         |
| IX     | 21          | 2             | 23         |
| Total  | 160 (75.8%) | 53 (25.2%)    | 211 (100%) |

Fuente: Encuesta de evaluación curricular., 87-88., UNACH.

Cuadro No. 4.1.2.30.

Nec. de reestructurar el Plan de estudios de la Esc. de medicina de la UNACH.

|            | Se acuerdo | En desacuerdo | Total       |
|------------|------------|---------------|-------------|
| Profesores | 9 (81.8%)  | 2 (18.2%)     | 11 (100.0%) |

Fuente: Encuesta de evaluación curricular., 87-88., UNACH.

ELEMENTOS A TOMAR EN CUENTA EN LA REESTRUCTURACION DEL PLAN DE ESTUDIOS DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNACH, SEGUN OPINIONES DE ALUMNOS Y DOCENTES DE LA INSTITUCION.

Los factores que docentes y alumnos señalaron como importantes en la reestructuración del plan de estudios son los siguientes:

81.1% de los alumnos y el 100% de los profesores están de acuerdo en que es necesario tomar en cuenta las condiciones de salud-enfermedad del Estado de Chiapas, en la reestructuración del plan de estudios. (Cuadro No.4.1.2.31)

Cuadro No.4.1.2.31

Nec. de tomar en cuenta las condiciones de S-E del Edo. de Chiapas en la reestructuración del Plan de Estudios.

| Grupo      | De acuerdo |       | En desacuerdo |       | Total |
|------------|------------|-------|---------------|-------|-------|
|            | Frec.      | %     | Frec.         | %     |       |
| Alumnos    | 189        | 81.1  | 44            | 18.9  | 233   |
| Profesores | 11         | 100.0 | 0             | 0.0   | 11    |
| Total      | 200        | 82.0% | 44            | 18.0% | 244   |

Fuente: Encuesta de evaluación curricular., 87-88., UNACH.

58.2% de los alumnos y 80% de los profesores están de acuerdo en tomar en cuenta las políticas de los servicios de salud del Estado de Chiapas. (Cuadro No.4.1.2.32)

Cuadro No. 4.1.2.32

Nec. de tomar en cuenta las políticas de los SS de Chiapas en la reestructuración del Plan de Estudios.

| Grupo      | De acuerdo |      | En desacuerdo |      | Total |
|------------|------------|------|---------------|------|-------|
|            | Frec.      | %    | Frec.         | %    |       |
| Alumnos    | 123        | 58.2 | 88            | 41.8 | 211   |
| Profesores | 8          | 80.0 | 2             | 20.0 | 10    |
| Total      | 131        | 59.3 | 90            | 40.7 | 221   |

Fuente: Encuesta de evaluación curricular., 87-88., UNACH.

71.8% de los alumnos y 55.5% de los profesores están de acuerdo en que las posibilidades de empleo de los egresados son el factor más importante a tomar en cuenta en la reestructuración del plan de estudios. (Cuadro No. 4.1.2.33)

Cuadro No. 4.1.2.33

Nec. de tomar en cuenta las posibilidades de empleo de los egresados en la reestructuración del Plan de Estudios.

| Grupo      | De acuerdo |      | En desacuerdo |      | Total |
|------------|------------|------|---------------|------|-------|
|            | Frec.      | %    | Frec.         | %    |       |
| Alumnos    | 153        | 71.8 | 60            | 28.2 | 213   |
| Profesores | 5          | 55.5 | 4             | 44.5 | 9     |
| Total      | 158        | 71.1 | 64            | 28.9 | 222   |

Fuente: Encuesta de evaluación curricular., 87-88., UNACH.

81.2% de los alumnos y 30% de los profesores consideran que el año de internado rotatorio de pregrado es la fase más importante en la formación del médico. (Cuadro No. 4.1.2.34)

Cuadro No. 4.1.2.34

El año de internado rot., de pregrado como la fase más importante en la formación del médico.

| Grupo      | De acuerdo |      | En desacuerdo |      | Total |
|------------|------------|------|---------------|------|-------|
|            | Frec.      | %    | Frec.         | %    |       |
| Alumnos    | 196        | 83.4 | 39            | 16.6 | 235   |
| Profesores | 3          | 30.0 | 7             | 70.0 | 10    |
| Total      | 199        | 81.2 | 46            | 18.8 | 245   |

Fuente: Encuesta de evaluación curricular., 87-88., UNACH.

94.5% de los alumnos y el 100% de los profesores consideran el año de servicio social como parte necesaria en la formación

del médico. (Cuadro No. 4.1.2.35)  
Cuadro No. 4.1.2.35

El año de servicio social es una parte necesaria en la formación profesional del médico.

| Grupo      | De acuerdo |       | En desacuerdo |     | Total |
|------------|------------|-------|---------------|-----|-------|
|            | Frec.      | %     | Frec.         | %   |       |
| Alumnos    | 242        | 94.5  | 14            | 5.5 | 256   |
| Profesores | 11         | 100.0 | 0             | 0.0 | 11    |
| Total      | 253        | 94.7  | 14            | 5.3 | 267   |

Fuente: Encuesta de evaluación curricular., 87-88., UNACH.

98.5% de los alumnos y 90% de los profesores consideran que las prácticas hospitalarias en cada módulo son indispensables en la formación profesional del médico. (Cuadro No. 4.1.2.36)

Cuadro No. 4.1.2.36

Las prácticas hospitalarias en cada módulo son indispensables en la formación profesional del médico.

| Grupo      | De acuerdo |      | En desacuerdo |      | Total |
|------------|------------|------|---------------|------|-------|
|            | Frec.      | %    | Frec.         | %    |       |
| Alumnos    | 264        | 98.5 | 4             | 1.5  | 268   |
| Profesores | 9          | 90.0 | 1             | 10.0 | 10    |
| Total      | 273        | 98.2 | 5             | 1.8  | 278   |

Fuente: Encuesta de evaluación curricular., 87-88., UNACH.

95% de los alumnos y 100% de los profesores consideran que las practicas comunitarias en cada módulo son indispensables en la formación profesional del médico. (cuadro No.4.1.2.37)

Cuadro No. 4.1.2.37

Las prácticas comunitarias en cada módulo son indispensables en la formación profesional del médico.

| Grupo      | De acuerdo |       | En desacuerdo |     | Total |
|------------|------------|-------|---------------|-----|-------|
|            | Frec.      | %     | Frec.         | %   |       |
| Alumnos    | 237        | 94.8  | 13            | 5.2 | 250   |
| Profesores | 10         | 100.0 | 0             | 0.0 | 10    |
| Total      | 247        | 95.0  | 13            | 5.0 | 260   |

Fuente: Encuesta de evaluación curricular., 87-88., UNACH.

92.9% de los alumnos y 11 100% de los profesores consideran que una práctica de investigación en cada módulo es indispensable en la formación profesional del médico. (Cuadro No. 4.1.2.38)

Cuadro No. 4.1.2.38

Las prácticas de investigación en cada módulo son indispensables en la formación profesional del médico.

| Grupo      | De acuerdo |       | En desacuerdo |     | Total |
|------------|------------|-------|---------------|-----|-------|
|            | Frec.      | %     | Frec.         | %   |       |
| Alumnos    | 226        | 92.6  | 18            | 7.4 | 244   |
| Profesores | 9          | 100.0 | 0             | 0.0 | 9     |
| Total      | 235        | 92.1  | 18            | 7.9 | 253   |

Fuente: Encuesta de evaluación curricular., 87-88., UNACH.

En términos generales, destacan los siguientes aspectos:

a) Para los alumnos, los años de internado rotatorio de pregrado y de servicio social son indispensables en la formación profesional del médico.

Los docentes consideran muy importante en la formación del médico, el año de servicio social, no así el año de internado rotatorio de pregrado. (70% de los profesores manifestaron desacuerdo). (Ver cuadro No. 4.1.2.34)

b) Docentes y alumnos consideran que las prácticas hospitalaria, comunitaria y de investigación en cada módulo son indispensables en la formación profesional médica.

c) Las condiciones de salud-enfermedad del Estado de Chiapas, así como las posibilidades de empleo de los egresados son los dos grandes factores que se señalan como importantes en la reestructuración del plan de estudios, seguidos por las políticas regionales de los servicios de salud. (En ese orden)

En relación a la predisposición de docentes y alumnos de la Escuela de Medicina de la UNACH a participar en un posible rediseño del plan de estudios, así como la opinión respecto a quiénes deben participar en el rediseño del plan de estudios, los resultados son los siguientes: (Cuadro No. 4.1.2.39)

Cuadro No. 4.1.2.39

Quiénes deben participar en el rediseño del plan de estudios

| Grupo      | Alum/Doc.  | Alum/Doc/Dir/Exper. | Otros     | Total |
|------------|------------|---------------------|-----------|-------|
| Alumnos    | 45         | 169                 | 27        | 241   |
| Profesores | 2          | 6                   | 1         | 8     |
| Total      | 47 (18.9%) | 175 (70.3%)         | 28 (10.8) | 249   |

Fuente: Encuesta de evaluación curricular., 87-88., UNACH.

70.3% de los alumnos y profesores entrevistados opinan que en el rediseño del plan de estudios deben participar docentes, alumnos directivos y expertos; 18.9% opinan que sólo deben participar alumnos y docentes de la Institución.

En conjunto, quienes opinan que deben participar docentes, directivos y expertos sin participación de los alumnos suman 10.8% del total. (Cuadro No. 4.1.2.40)

Cuadro No. 4.1.2.40

Predisposición a participar en un posible rediseño del plan de estudios.

| Grupo      | De acuerdo |      | En desacuerdo |      | Total |
|------------|------------|------|---------------|------|-------|
|            | Frec.      | %    | Frec.         | %    |       |
| Alumnos    | 229        | 92.3 | 19            | 7.6  | 248   |
| Profesores | 8          | 80.0 | 2             | 20.0 | 10    |
| Total      | 237        | 91.9 | 21            | 8.1  | 258   |

Fuente: Encuesta de evaluación curricular., 87-88., UNACH.

Como puede observarse, 92.3% de los alumnos y 80% de los profesores expresó su predisposición a participar en un posible rediseño del plan de estudios. Llama la atención el hecho de que a pesar de ser muy pequeño el número de profesores que contestaron el cuestionario solamente el 80% manifieste de predisposición a participar en el rediseño del plan de estudios, hecho que se enfatiza tomando en cuenta que aquellos que accedieron a contestar el cuestionario son probablemente aquellos que más participan en los problemas de la Escuela de Medicina. Lo anterior contrasta con la predisposición expresada por los alumnos para realizar ese rediseño.

OTROS HALLAZGOS DE IMPORTANCIA EN EL ANALISIS DE LA ENCUESTA.

Al analizar la información dividiéndola entre la primera mitad de la carrera (Módulos I al IV) y la segunda mitad de la carrera (módulos V al IX), y estratificándola por sexo, se encontraron diferencias significativas entre las respuestas de los alumnos de la primera mitad y los de la segunda mitad de la carrera, siendo más importante en la segunda parte, y además modificada según el sexo de los entrevistados, en los siguientes aspectos.

En relación a la preferencia del sitio ocupacional "consultorio" y "clínica de campo", fué significativamente más importante en las mujeres que en los hombres; no así la preferencia ocupacional por "hospital" que fué más importante en los alumnos del sexo masculino que en los del femenino. La preferencia por "clínica de campo" fué mas importante en la primera mitad de la carrera, que en la segunda; en tanto "consultorio" y "hospital" fué mas importante en la segunda parte.

Asimismo, son los alumnos del sexo masculino de la segunda mitad quienes manifiestan acuerdo en que las posibilidades de empleo de los egresados es el factor más importante a tomar en cuenta en al reestructuración del Plan de Estudios.

Estos hallazgos parecen relacionarse con la diferenciación social de "roles" de trabajo por sexo, comunes en nuestra sociedad, aún dentro de una misma profesión; en la que los hombres en función de su papel de "sostén de la familia" están

más preocupados por el empleo, y orientados a la práctica profesional que probablemente signifique mayor "status" o recompensa económica.

En contraposición, son las mujeres las más preocupadas por orientar la práctica médica a la prevención, así como por la necesidad de reestructurar el plan de estudios de la Escuela de Medicina de la UNACH.

Así, aunque en términos muy generales se presentan evidencias de que aún dentro de una misma profesión, las preferencias por algún tipo de práctica profesional, y la actitud ante determinados problemas es diferente en hombres y mujeres, lo que complejiza aún más el problema de la formación de recursos humanos para la salud; y ello puede ser un tema de importancia para investigaciones posteriores.

#### CONCLUSIONES.

El análisis de los datos proporcionados por la encuesta permite concluir lo siguiente.

La práctica profesional presente como imagen dominante en alumnos y docentes de la Escuela de Medicina de la UNACH, es la MEDICINA HOSPITALARIA, aunque con presencia importante de la MEDICINA COMUNITARIA en los alumnos de los módulos I y IV principalmente.

En el plan de estudios, la MEDICINA HOSPITALARIA es la práctica profesional dominante y articuladora de los contenidos; sin embargo, en algunos módulos, principalmente en el módulo IV,

aparecen algunas actividades prácticas orientadas a la comunidad y a la prevención (Ver análisis del plan de estudios), y ello parece tener relación con la presencia de la medicina comunitaria como imagen dominante en los alumnos del módulo IV.

La presencia de la práctica profesional MEDICINA COMUNITARIA en los alumnos de los módulos I y IV puede explicarse en parte, a partir de las vivencias y/o experiencias obtenidas en su contacto con la realidad, antes o durante sus estudios de medicina. La presencia de la Medicina comunitaria en el módulo IV coincide tanto con los contenidos de ese módulo denominado "infectología", como el tipo de prácticas que se realizan en ese módulo. (Ver resultados del plan de estudios).

La presencia creciente de la medicina hospitalaria a partir del módulo V coincide en forma importante con los contenidos y tipo de prácticas realizadas en la segunda mitad de la carrera.

Lo anterior sugiere que en la conformación de la imagen de una práctica profesional juegan un papel fundamental las actividades prácticas orientadas según los contenidos de cada módulo.

La forma de ejercicio profesional mayoritaria expresada por los alumnos fué el trabajo grupal con otros médicos, seguido en importancia por el trabajo grupal interdisciplinario, con franco retroceso a la preferencia del ejercicio profesional individual. Lo anterior, sin aparente relación con la preferencia del sitio ocupacional.

El tipo de actividad profesional mayoritaria expresada por alumnos y docentes, fué la actividad múltiple que incluye actividades clínicas, docentes y de investigación, sin relación aparente con la preferencia del sitio ocupacional, y probablemente muy ligado a las características del mercado de trabajo, y a la imagen transmitida por los docentes, cuyas actividades se centran en las actividades clínicas y la docencia.

Cabe mencionar, que aunque los docentes entrevistados expresaron su inclinación a las actividades de investigación, parece ser más bién un buen deseo, ya que las investigaciones realizadas y/o publicadas en conjunto por la Escuela de Medicina son mínimas. Además de hecho, ni en el plan de estudios, ni en la operación del mismo se contemplan las actividades de investigación como prioritarias en la formación profesional, ni como responsabilidad universitaria.

En relación a este hecho cabe mencionar, que las distintas Instituciones educativas que conforman la Universidad Autónoma de Chiapas parecen estar desligadas entre sí, sin existir un proyecto académico universitario que las vincule en alguna dirección.

Por otra parte, la opinión de alumnos y docentes en relación a la orientación de la práctica médica a la prevención más que al diagnóstico y tratamiento, contrasta con lo encontrado en el plan de estudios, mismo en el que el área clínica es francamente más importante en relación a las áreas biomédica y sociomédica. Es decir, bajo un concepto de salud-enfermedad biologicista,

orientado al individuo, se le concede toda la importancia al diagnóstico y tratamiento, en detrimento de los aspectos sociomédicos del proceso salud-enfermedad, y aún de las ciencias básicas: farmacología, histología, anatomía, etc. (Ver análisis del plan de estudios), lo que convierte a este problema, quizá en el más importante a ser discutido y analizado para la reestructuración de los contenidos del plan de estudios.

Alumnos y docentes, en mayoría absoluta refirieron estar de acuerdo en la necesidad de reestructurar el plan de estudios, señalando como factores importantes a tomar en cuenta en el rediseño del plan de estudios:

La presencia de actividades de investigación y prácticas comunitarias y hospitalarias en cada módulo.

Retomar las condiciones de salud-enfermedad de la población del estado de Chiapas, así como las posibilidades de empleo de los egresados, como los dos grandes elementos de discusión a tomar en cuenta en el rediseño del plan de estudios. Se mencionó también tomar en cuenta las políticas regionales de los servicios de atención médica, aunque con menor importancia que las anteriores.

También por acuerdo de mayoría absoluta se expresó la predisposición de docentes y alumnos de la Institución a participar en el rediseño del plan de estudios, mencionándose que en la reestructuración deben participar los alumnos, docentes y directivos de la Escuela de Medicina, además de un grupo de expertos.

Por último, se encontraron diferencias en la orientación hacia las distintas prácticas sociales de la medicina y en relación a otros aspectos (ya señalados), al estratificar la información por sexo. En función de que el análisis de esta información no es objetivo de este trabajo, únicamente la señalamos como elementos de importancia que pueden ser la base de investigaciones futuras.

4.2 RESULTADOS ANALISIS Y CONCLUSIONES DEL CAMPO PROFESIONAL.

#### 4.2 CAMPO PROFESIONAL

El propósito de plantear el análisis del Campo Profesional médico de Chiapas, como parte de la evaluación curricular de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH., fué ubicar en su contexto a esa Institución bajo una perspectiva integral.

El análisis del campo profesional médico permitiría la elaboración de un marco referencial específico que, aunado a algunos datos sociodemográficos y de salud-enfermedad de importancia de la población de Chiapas, nos daría una visión general de la problemática regional en torno a la cual centrar la discusión para la elaboración de un proyecto educativo de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH., que respondiera a esa problemática. Lo anterior enmarcado en las políticas gubernamentales y sus tendencias en materia de salud y educación.

Esta parte de la evaluación curricular, necesariamente se presenta en forma muy general, pues el análisis preciso de las diversas Instituciones de atención médica, así como de la situación de salud-enfermedad, no son el objetivo de este trabajo.

En relación al análisis del campo profesional médico de Chiapas, se tomaron en cuenta las prácticas: Medicina Hospitalaria, Medicina Comunitaria, Medicina Privada Liberal, y Medicina Privada de Grupo. En función de la escasa información que existe sobre el sector privado de atención médica, la Medicina Privada Liberal y la Medicina Privada de Grupo se agruparon en Medicina Privada.

En relación a la Medicina Comunitaria y la Medicina Hospitalaria, se tomó como Medicina Comunitaria la atención médica de primer nivel, y como Medicina Hospitalaria a la atención médica de segundo nivel, en función de la gran importancia que tiene el primer nivel de atención en Chiapas, a partir de los Programas de Solidaridad Social por Cooperación comunitaria del IMSS-COPLAMAR, y del Instituto Nacional Indigenista (I.N.I.), y que fungen fundamentalmente como Medicina Comunitaria.

El criterio de clasificación de las distintas prácticas profesionales presentes en Chiapas, fué la cobertura nominal (\*) por Institución y por niveles de atención. Asimismo, la caracterización se completó con la referencia al espacio social que cubren las diversas prácticas profesionales en el campo profesional médico.

Los datos en relación a la situación de salud-enfermedad de la población de Chiapas, se refieren a las diez principales causas de muerte por grupos de edad; así como a los diez principales padecimientos infecciosos que son motivo de consulta externa en las Instituciones del Sector Salud en Chiapas.

---

\* Aunque el concepto de cobertura nominal sólo es estrictamente aplicable a las Instituciones de Seguridad Social (población derechohabiente), en este trabajo, se aplicará también para las Instituciones que atienden a población abierta, en función de la dificultad de obtener la cobertura real por recursos, y para evitar confusiones al respecto.

La justificación de la elección de este indicador de prestación de servicios para determinar la importancia de las distintas prácticas profesionales en el campo profesional médico de Chiapas, será discutida en el capítulo correspondiente.

Queremos aclarar, que se trata de información muy general, que de ninguna manera constituye un diagnóstico epidemiológico o un perfil de morbimortalidad. Se trata más bien de información general, que permita observar las diferencias que existen entre el nivel regional y el total nacional, a la vez que justifique la necesidad de particularizar la problemática de salud-enfermedad regional, como eje de la discusión y reestructuración del Plan de Estudios de la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Chiapas. Omitimos, toda alusión al subregistro y otros problemas encontrados en la información estadística consultada, retomándose tal y como se presenta.

Por último, la información acerca de las políticas gubernamentales, en materia de salud y educación será retomada del capítulo "El Estado y la Relación Universidad-Sociedad en México" de este mismo trabajo.

#### 4.2.1. ALGUNOS ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS DEL ESTADO DE CHIAPAS.

El Estado de Chiapas cuenta con una población estimada para 1988 con 2,518,679 habitantes de los cuales 1,286,478 son hombres (51.08%) y 1,232,220 son mujeres (48.92%), (109). Su estructura por grupos de edad es muy semejante a la nacional. (Cuadros Nos. 4.2.1.1 y 4.2.1.2, y gráfico No. 4.2.1.1).

El Estado de Chiapas, es considerado el segundo Estado más marginado del País, después de Oaxaca. (110)

De la población total, se considera que 66.3% es rural dispersa, 16.2% rural concentrada, y 17.5% urbana, la cual se encuentra concentrada básicamente en las ciudades de Tuxtla Gutiérrez, Tapachula, Comitán, Tonalá y Arriaga. (idem)

En cuanto a la composición de la población, se calcula, que las nueve etnias asentadas en el Estado de Chiapas representan cerca del 28% del total de la población, distribuidos en 70 municipios en más de cinco mil localidades en zonas de difícil acceso y terrenos accidentados. (111)

La tasa media anual de crecimiento poblacional estimada para 1988 es de 1.67. (112)

La estructura productiva de la entidad, se basa en actividades primarias; en tanto la presencia del sector secundario es incipiente. (113)

Las principales fuentes de ingreso son la agricultura, la ganadería, la silvicultura y la pesca en menor proporción; la industria es incipiente, por lo es posible afirmar, que Chiapas tiene su base económica en el sector agropecuario. (idem)

En relación a la educación, Chiapas está catalogado como la segunda entidad del País con el índice más alto de analfabetismo. Se calcula que 20% de los niños de 10 años y más no tienen instrucción primaria. (114)

En lo respecta a la nutrición, el estado de Chiapas está catalogado por el Instituto Nacional de la Nutrición, como con alimentación mala y muy mala, que afecta principalmente a la población indígena del Estado. (Idem.).

En relación a la vivienda, según el censo de 1980, 93.6% de las viviendas del estado disponen de agua entubada; 24.5% disponen de drenaje; y el 42.4% dispone de electricidad.

Estos datos, aún presentados en forma tan general, permiten observar, las condiciones precarias de vida en que se encuentra la población de Chiapas, y que son determinantes del proceso salud-enfermedad de esa población.

#### 4.2.2 ANALISIS DE LAS PRACTICAS PROFESIONALES PRESENTES EN EL CAMPO PROFESIONAL MEDICO DE CHIAPAS.

Para determinar la importancia de las distintas prácticas profesionales presentes en el campo profesional médico de Chiapas, recurrimos a la cobertura nominal por niveles de atención.

Dentro de las diversas prácticas profesionales, se ha considerado como práctica dominante, a " ...aquella que proyecta su influencia moldeadora sobre las demás prácticas... es además, la práctica que absorbe la mayor cantidad de recursos humanos y materiales. En el campo profesional actual de la medicina la práctica social dominante es, obviamente la medicina hospitalaria altamente especializada". (115)

Sin embargo, la importancia de la Medicina Hospitalaria Institucional en México, varía de una entidad a otra. Por ejemplo la cobertura de los servicios de Seguridad Social, cuyas bases (primer nivel) son más estrechas que las de las Instituciones que atienden a población abierta, es más importante en Entidades con un alto grado de Industrialización como Jalisco, y otras Entidades del Norte del país, así como en aquellas que tienen un gran volumen de trabajadores al servicio del Estado (Estado de México y Distrito Federal). (116) En tanto la cobertura de las Instituciones que atienden a población abierta, es más importante en las Entidades con escaso desarrollo del sector industrial, o con una pequeña cantidad de trabajadores al servicio del Estado (burócratas). (idem).

De ahí, la importancia de tomar como criterio de clasificación de la importancia relativa de las distintas prácticas profesionales presentes en el campo profesional médico de Chiapas, a la cobertura nominal.

Lo anterior considerando las particularidades sociodemográficas de Chiapas, que cuenta con una población mayoritariamente rural y con condiciones de vida muy debajo del promedio nacional (117); así como la escasa cobertura de las Instituciones de Seguridad Social (17.82%), en relación al promedio de cobertura nominal de las Instituciones de Seguridad Social en el país. (43% en 1980).

En base a lo anterior consideramos todas las acciones de consulta externa general (indicador del primer nivel) como Medicina comunitaria, por las siguientes razones:

- a) No existe información disponible de la atención médica por niveles de atención y por Institución para Chiapas.
- b) El número de Unidades Médicas Rurales "S" del Programa de solidaridad Social por Cooperación comunitaria del IMSS-COPLAMAR, es el más importante de todo el país (118), y corresponde a fundamentalmente a la atención médica del primer nivel en las comunidades. (Dirigida a población abierta).
- c) Instituciones como el Instituto Nacional Indigenista (INI), otorgan fundamentalmente atención médica de primer nivel a la comunidades indígenas, que constituyen aproximadamente el 28% de la población total del Estado. (Población abierta)

d) La SSA declara tener la mayor cobertura nominal de todas las Instituciones del Sector Salud en Chiapas, a expensas principalmente de la atención de primer nivel. (Cuadro No. 4.2.2.1).

Todas las acciones de hospitalización (indicador del segundo nivel) fueron consideradas como Medicina Hospitalaria. Los servicios médicos privados se consideraron en conjunto Medicina Privada, y su cobertura aproximada se obtuvo por inferencia de información disponible de años anteriores.

La información disponible acerca de los servicios de atención médica en Chiapas, no se presenta por niveles de atención, sin embargo, se contaba con el número de consultas externas otorgadas para 1985, así como los servicios de hospitalización de todas las Instituciones del Sector Salud en Chiapas para ese mismo año (Cuadro No. 4.2.2.2).

Cuadro No. 4.2.2.2

Servicios otorgados a la población con acceso a las Instituciones Públicas de Salud. Chiapas, 1985.

|                  | Frec.   | %      |
|------------------|---------|--------|
| Consulta Externa | 317,243 | 95.02% |
| Hospitalización  | 16,592  | 4.98%  |

Fuente: SSA, Anuario estadístico 1985.

También se contaba con información de la población con acceso a los servicios médicos, según tipo de población e Institución para 1985; y los recursos materiales en las Instituciones públicas que prestan servicios médicos en Chiapas, también para 1985. (Cuadros Nos. 4.2.2.1 y 4.2.2.3).

Cuadro No. 4.2.2.1

Población con acceso a los Servicios Médicos según tipo de población e Institución. (Cobertura Nominal).

| Seguridad Social |         |         |       |        |       |         |
|------------------|---------|---------|-------|--------|-------|---------|
|                  | IMSS    | ISSSTE  | PEMEX | S.D.N. | S.M.  | TOTAL   |
| Frec.            | 196,737 | 163,367 | 440   | 7,415  | 1,485 | 369,444 |
| % (*)            | 9.49    | 7.88    | 0.02  | 0.35   | 0.07  | 17.82   |

| Población Abierta |         |         |        |              |           |
|-------------------|---------|---------|--------|--------------|-----------|
|                   | SSA     | IMSS    | OTROS  | SIN ATENCION | TOTAL     |
| Frec.             | 899,717 | 755,612 | 47,777 | 320,267      | 1,703,106 |
| %                 | 43.41   | 36.45   | 2.30   | 15.45        | 82.17     |

Fuente: SSA, Anuario Estadístico, 1985.

(\*) respecto a la población total estimada (2,072, 550).

Cuadro No. 4.2.2.3

Recursos Materiales de las Instituciones Públicas que prestan servicios médicos en Chiapas, 1985.

| Población Derechohabiente               |      |        |     |    |       |
|---|------|--------|-----|----|-------|
| UN. MEDICAS.                            | IMSS | ISSSTE | SDN | SM | TOTAL |
| Un. de Consulta Externa.                | 41   | 41     | 6   | 1  | 89    |
| Un. de Hospitalización. (Generales) (*) | 6    | 4      | 1   | 1  | 12    |

| Población Abierta                       |     |      |     |       |
|---|-----|------|-----|-------|
| UN. MEDICAS.                            | SSA | IMSS | INI | TOTAL |
| Un. de Consulta Externa.                | 113 | 324  | 40  | 437   |
| Un. de Hospitalización. (Generales) (*) | 6   | 3    | -   | 9     |

Fuente: Boletín de Información Estadística No. 4 Secretaría de Salud, 1987.

(\*) En Chiapas, no existen los hospitales de especialidad (tercer nivel).

Los criterios de clasificación de la información presentada fueron los siguientes:

a) Unidades Médicas de Consulta externa, (SSA).

- Centros de Salud "A", sin hospital.
- Centros de Salud "A" con menos de 30 camas.
- Centros de Salud "A" con maternidad con menos de 30 camas.
- Centros de Salud "B" sin hospital.
- Centros de Salud "B" con hospital con menos de 30 camas.
- Centros Comunitarios de Salud.
- Consultorios Suburbanos.
- Clínicas de Especialidad.
- Modulo Dental.

b) Unidades Médicas con Hospitalización General. (SSA).

- Centros de Salud "A" con hospital de 30 y más camas.
- Centros de Salud "B" con hospital de 30 y más camas.
- Centros de Salud "A" con maternidad de 30 y más camas.
- Centros de Salud "B" con maternidad de 30 y más camas.
- Hospitales Generales.

c) Solidaridad Social (A población abierta) (IMSS).

- Las Unidades de Consulta Externa se refieren a las Unidades Médicas Rurales "S".
- Las Unidades Médicas de Hospitalización comprenden los Hospitales Rurales "S".

d) Unidades Médicas de Consulta Externa. (ISSSTE).

- Consultorios de Medicina General.
- Consultorios Auxiliares.
- Clínicas.

- e) Unidades Médicas de Hospitalización General. (ISSSTE).
- Clínicas - Hospital.
- Hospitales.
- Hospitales subrogados.

Como puede observarse, la consulta externa incluye Consulta de Especialidad, que corresponde al segundo nivel de atención médica; sin embargo optamos por incluirla en el primer nivel, en función de que su porcentaje respecto al total es muy pequeño tomando en cuenta el gran número de unidades de consulta general a población abierta de la SSA, IMSS e INI, así como del pequeño porcentaje de la población cubierto por las Instituciones de Seguridad Social (17.82%), cuyas bases (primer nivel de atención) son menores a la base de la SSA. (119)

Para obtener la cobertura nominal aproximada por niveles de atención, procedimos de la siguiente manera:

Inicialmente se obtuvo la proporción entre consulta externa y servicios de hospitalización reportados por las Instituciones del Sector Salud en Chiapas para 1985. (Cuadro No.4.2.2.2). Posteriormente, se obtuvo la proporción entre Unidades de Consulta Externa y Hospitalización para cada Institución., (Cuadro No. 4.2.2.4).

Cuadro No. 4.2.2.4

Proporción entre Unidades de Consulta Externa y Hospitalización según Institución. Chiapas, 1985.

| Institución.              | Consulta Externa |        | Hospitalización |       |
|---------------------------|------------------|--------|-----------------|-------|
|                           | Frec.            | %      | Frec.           | %     |
| Población Derechohabiente |                  |        |                 |       |
| IMSS                      | 41               | 87.23  | 6               | 12.77 |
| ISSSTE                    | 41               | 91.11  | 4               | 8.88  |
| SDN                       | 6                | 85.71  | 1               | 14.19 |
| SM                        | 1                | 50.00  | 1               | 50.00 |
| Población Abierta         |                  |        |                 |       |
| SSA                       | 113              | 94.95  | 6               | 5.05  |
| IMSS                      | 324              | 99.08  | 3               | 0.92  |
| INI Y OTROS               | 40               | 100.00 | 0               | 0.00  |

Fuente: SSA, Anuario Estadístico, 1985.

Como puede observarse, los porcentajes entre las Unidades de Consulta Externa y Hospitalización, son semejantes a los porcentajes de consultas médicas otorgadas en relación a los servicios de hospitalización. (Cuadros Nos.4.2.2.3.y 4.2.2.4). Por tanto, estos porcentajes se aplicaron a la cobertura nominal expresada en el Cuadro No. 4.2.2.1, bajo el supuesto de que cada Unidad Médica atiende similar número de pacientes, independientemente de que se trate de Consulta Externa u Hospitalización; del tamaño y capacidad de cobertura de esas Unidades ; o que se trate de las distintas Instituciones.

Tampoco se tomó en cuenta problemas como el de la duplicidad de servicios para un mismo derechohabiente en el caso de las Instituciones de seguridad Social, o si las consultas reportadas

son consultas de primera vez o subsecuentes.

Los resultados presentados según los criterios explicados, son los siguientes: aproximadamente 96.02% de la cobertura nominal corresponde a la Consulta Externa (para efecto de nuestro trabajo a la Medicina Comunitaria); y 3.98% a los servicios de Hospitalización (Medicina Hospitalaria). (Cuadro. No. 4.2.2.5).

Cuadro No. 4.2.2.5

Cobertura Nominal según tipo de población de las diversas Instituciones de Atención Médica en Chiapas. 1985.

| Institución                              | Pobl. Derechoh.<br>Frec. | Pobl. Abierta<br>Frec. | TOTAL<br>Frec. | %      |
|--|--------------------------|------------------------|----------------|--------|
| Primer Nivel<br>(Cons. Externa)          | 325,517                  | 1,357,118              | 1,682,118      | 96.02  |
| Segundo Nivel<br>(Hospitaliza-<br>ción). | 43,927                   | 25,721                 | 69,948         | 3.98   |
| TOTAL (*)                                | 369,444                  | 1,382,839              | 1,752,283      | 100.00 |

Fuente: Análisis del Campo Profesional Médico de Chiapas, 1985.

(\*) No incluye la población sin atención.

En relación a la atención médica privada, para 1978 se calculaba que cubría 3.7% de la población. (120) Suponiendo que debido al deterioro de las condiciones de vida de la población mexicana en general y de la población chiapaneca en particular, en los últimos años, la asistencia médica particular se hubiera mantenido estable, es decir, cubriendo el 3.7% de la población, la cobertura nominal en Chiapas para 1985, sería de 11,850 personas, quedando desprotegido aún 11.75% de la población.

En conclusión, aproximadamente 81.16% de los servicios de atención médica en Chiapas corresponden a la atención primaria. (Medicina Comunitaria); 3.37% a la atención médica hospitalaria

(Medicina Hospitalaria) y aproximadamente 3.7% a la Medicina Privada. (Cuadro No. 4.2.2.6, y gráfico No. 4.2.2.2).

Cuadro No. 4.2.2.6

Prácticas Profesionales presentes en el Campo Profesional Médico de Chiapas, y su importancia relativa. 1985.

| Pract. Prof.          | Espacio Social                             | Cobertura Aproximada. |        |
|-----------------------|--|-----------------------|--------|
|                       |  | Frec.                 | %      |
| Medicina Hospitalaria | Obreros y Trabajadores del Estado.         | 69,948                | 3.37   |
| Medicina Comunitaria  | Marginados y Campesinos.                   | 1,682,118             | 81.16  |
| Medicina Privada      | Clases medias, altas, y población diversa. | 76,684                | 3.70   |
| Sin Atención          |  | 243,525               | 11.75  |
| TOTAL                 |  | 2,072,550             | 100.00 |

Fuente: SSA. Anuario Estadístico 1985.

La importancia de las distintas prácticas profesionales presentes en el campo profesional médico de Chiapas, en relación a la situación de salud-enfermedad de la población y al campo educativo, será discutida más adelante.

#### 4.2.3. SITUACION DE SALUD-ENFERMEDAD DE LA POBLACION DEL ESTADO DE CHIAPAS.

La situación de salud-enfermedad de la población, se hará en base a las diez principales causas de muerte por grupo de edad, las cuales se compararán con las diez principales causas de mortalidad por grupos de edad de todo el país. (\*) Esta información se completará con las principales enfermedades infecciosas que fueron reportadas en la consulta externa de las Instituciones del Sector Salud en Chiapas, así como con la mención de algunos padecimientos de alta prevalencia en la Entidad.

Todo lo anterior, con la finalidad de justificar la necesidad de particularizar la problemática de salud-enfermedad de Chiapas en relación al total nacional.

Dentro de las diez principales causas de defunción según grupos de edad en Chiapas, se encuentra en primer lugar, las Infecciones Intestinales Mal Definidas con una tasa de 98.48 (\*\*) y que afecta principalmente a los grupos de edad menores de 1 año y de 1-4 años. (Cuadro No. 4.2.3.1)

En segundo lugar las Neumonías con una tasa de 24.22 que afecta principalmente al grupo de menores de 1 año y de 1-4 años.

---

\* La estructura casi idéntica de las poblaciones de Chiapas y del Total Nacional, permite la comparación de las tasas, sin necesidad de estandarizar.

\*\* Todas las tasas presentadas en esta parte del trabajo son por 100,000 habitantes.

En tercer lugar, Homicidios y Lesiones Intencionalmente Infligidos por otra persona, con una tasa de 16.53, y que afecta al grupo de 15-44 años.

En cuarto lugar la Tuberculosis Pulmonar, con una tasa de 16.31 que afecta al grupo de 25-44 años de edad en forma muy importante.

En quinto lugar aparecen los Accidentes en vehiculos de motor, con una tasa de 13.61, y que es mas importante en el grupo de 15-34 años.

En sexto lugar, la Cirrosis y otras enfermedades crónicas del Hígado con una tasa de 11.67. Afecta principalmente a los grupos de edad comprendidos después de los 35 años.

En séptimo lugar, las Bronquitis Crónicas, Enfisema y Asma, con una tasa de 11.18 que afecta principalmente al grupo de menores de un año y a los mayores de 65 años.

En octavo lugar, aparece el Infarto Agudo del Miocardio con una tasa de 9.78, y que afecta a la población mayor de 65 años.

En noveno lugar, aparece la fiebre Tifoidea con una tasa de 9.11, que afecta principalmente a los grupos menores de un año y de 1-4 años.

En décimo lugar, las Anemias, con una tasa de 8.49 y que afecta principalmente a los grupos de 5-14 años y al grupo mayor de 55 años.

Este comportamiento difiere del total nacional, destacándose los siguientes aspectos:

a) Dentro del grupo de Infecciones Intestinales mal Definidas, la tasa nacional es de 42.60, afectando principalmente a los menores de un año y a los mayores de 65 años. (Cuadro No. 4.2.3.2). La tasa de muertes por esta causa en Chiapas (tasa de 98.48), duplica la tasa nacional, lo que indica el altísimo riesgo que tienen los menores de un año y de 1-4 años de Chiapas, de morir por esta enfermedad, que se encuentra estrechamente ligada a las precarias condiciones de vida de la población.

b) La tuberculosis pulmonar, no aparece entre las diez principales causas de muerte a nivel nacional (tasa de 6.90). La tasa de muertes por este padecimiento en Chiapas, es casi tres veces mas elevada que el promedio nacional (tasa de 16.31). También estrechamente vinculado a las condiciones nutricionales, de vivienda y otros servicios de la población.

c) La fiebre tifoidea y anemias no aparecen dentro de las principales causas de muerte a nivel nacional, en tanto en Chiapas, ocupan el 9 y 10 lugar como causas de muerte. (Tasas de 9.11 y 8.49 respectivamente). Estos padecimientos y la letalidad de los mismos están estrechamente vinculados a las condiciones de vida y nutrición de la población.

d) A nivel nacional aparecen la diabetes Mellitus e Hipoxias, Asfixias y otras afecciones respiratorias del Recien Nacido. En chiapas estos padecimientos no aparecen entre las diez principales causas de muerte.

e) El resto de los padecimientos incluidos dentro de las principales causas de muerte en Chiapas, también aparecen en el total nacional. Las tasas promedio nacionales de muerte por esas causas son ligeramente menores para Chiapas.

Como puede observarse, existen importantes diferencias entre la patología más frecuente que es causa de muerte en Chiapas, en relación al total nacional, lo que justifica la necesidad de particularizarla.

Dentro de las enfermedades infecciosas, los quince principales padecimientos reportados por la consulta externa de las Instituciones de Atención Médica en Chiapas son los siguientes. (Cuadro No. 4.2.3.3)

Cuadro No. 4.2.3.3

Quince principales padecimientos infecciosos notificados por los servicios de Consulta Externa de las Instituciones del Sector Salud en Chiapas. (\*) 1982.

| Causa                              | Total   | Tasa (**)  |
|------------------------------------|---------|------------|
| Infecciones Resp. Agudas.          | 78,255  | 3486.8     |
| Enteritis y otras enf. diarreicas. | 67,851  | 3023.2     |
| Amibiasis                          | 50,908  | 2268.3     |
| Parasitosis todas las formas.      | 47,214  | 2103.7     |
| Amigdalitis aguda.                 | 34,255  | 1526.3     |
| Paludismo (***)                    | 14,000  | 623.8      |
| Influenza.                         | 5,881   | 262.0      |
| Salmonelosis.                      | 4,461   | 198.8      |
| Escabiasis.                        | 2,846   | 126.8      |
| Dengue.                            | 1,648   | 72.5       |
| Tuberculosis pulmonar.             | 1,582   | 70.5       |
| Parotiditis.                       | 1,294   | 57.7       |
| Giardiasis.                        | 1,232   | 54.9       |
| Tiña.                              | 1,145   | 51.0       |
| Disentería basilar.                | 1,120   | 49.9       |
| Las demás causas.                  | 27,018  | --         |
| Todas las causas.                  | 340,710 | 151.8(*.*) |

Fuente: Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Chiapas. Diagnóstico Epidemiológico del Estado de Chiapas. 1986.

\* Incluye SSA, IMSS, e ISSSTE. (Información más reciente disponible).

\*\* y \*.\* Tasas específicas por 100,000 y tasa general por 1,000.

\*\*\* Información proporcionada por la C.N.E.P. a la SSA.

Hasta aquí, es posible afirmar, que la patología más frecuente observada como causa de muerte en la población de Chiapas, son las enfermedades infectocontagiosas, así como las violencias y accidentes, que afectan principalmente a la población infantil y preescolar, y a los adultos jóvenes respectivamente.

Existen diferencias importantes en relación a las principales causas de muerte a nivel nacional, entre ellas la presencia de la Tuberculosis Pulmonar, Fiebre Tifoidea y Anemias,

entre las diez principales causas de muerte en Chiapas, y que no aparecen en este rango en el total nacional. Cabe señalar, que la tasa de muerte por tuberculosis pulmonar, casi triplica la tasa media nacional, y que la tasa de muertes por Infecciones Intestinales Mal Definidas, es dos veces mayor para Chiapas, que el promedio nacional.

Estas diferencias entre el total nacional y la población de Chiapas, justifican la necesidad de particularizar su problemática y de relacionarla estrechamente a las condiciones de vida y características de su población.

Por otra parte, el listado de las enfermedades infectocontagiosas reportadas por los servicios de consulta externa de las diversas Instituciones del sector Salud en Chiapas, muestra patología prevenible en un alto porcentaje ante el mejoramiento general de las condiciones de vida de la población.

Queremos señalar, que la presencia tan importante que tiene la Medicina Comunitaria (primer nivel) en Chiapas, aunque corresponde en alto grado a la patología más frecuente observada en la Entidad, poco o nada puede hacer al respecto, si sus acciones se limitan a acciones biológico-curativas, y a medidas de prevención específicas tales como campañas masivas de vacunación; y que podrían alcanzarse logros mayores, bajo una concepción integral del proceso salud-enfermedad aplicada a las políticas Institucionales de los Servicios de Salud.

La importancia de estos hechos en relación a la Escuela de Medicina de la UN.A.CH. es evidente, ante la necesidad de formar médicos concientes de esta problemática, capacitados para enfrentarla y proponer alternativas de solución viables a ella.

Si bien el proceso salud-enfermedad de la población de Chiapas, no es responsabilidad exclusiva del Sector Salud o de los Recursos Humanos que laboran en él, la formación de recursos humanos bajo una concepción integral del proceso salud-enfermedad, concientes de la problemática específica que deberán enfrentar, permitiría a la Universidad Autónoma de Chiapas, y específicamente a la Escuela de Medicina de la UN.A.CH. cumplir con la responsabilidad que tiene ante la sociedad, permeando los espacios de acción del Sector Salud y en ello la posibilidad de acciones integrales destinadas al mejoramiento real de las condiciones de salud-enfermedad de la población.

4.2.4. ALGUNOS ASPECTOS DE IMPORTANCIA DE LAS POLITICAS GUBERNAMENTALES EN MATERIA DE SALUD Y EDUCACION.

Las políticas gubernamentales del presente sexenio (82-88), en materia de salud y educación, se han caracterizado por la intensa austeridad de que han sido objeto.

En el ámbito de la educación superior, se ha intentado privilegiar la calidad sobre la cantidad.

También se ha intentado vincular las universidades a los requerimientos de un sector productivo en transición, apoyando el Estado, aquellos proyectos que interesan a sus propósitos, en tanto intenta manipular a las universidades en función del presupuesto otorgado.

En el sector salud, se hace énfasis en la necesidad de descentralizar, administrativa y económicamente las diversas Instituciones, como parte de las políticas de austeridad, lo que ha acarreado profundas consecuencias en los presupuestos regionales.

En el caso de Chiapas, es particularmente importante el traspaso del programa de "Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria" que financiaba el IMSS a la Secretaría de Salud cuyos recursos siempre han sido menores que los del IMSS para atender a una población mayor. La cobertura del programa "Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria" en Chiapas, es la más amplia de todo el país; por otra parte, la cobertura de los servicios de atención médica de Seguridad Social, son

mínimos, por lo que no es difícil suponer la problemática que enfrenta la Secretaría de Salud, para cubrir la demanda de atención médica, de una población cada vez más desprotegida.

De lo anterior, pueden vislumbrarse algunas tendencias señaladas en el marco teórico:

- El retroceso en cuanto atención primaria.
- Priorización de la medicina hospitalaria altamente especializada.

Y como consecuencia de ello:

- Atención médica destinada solamente a determinados grupos de población de interés para el Estado. (Obreros, burócratas, militares, etc.), o para aquellos grupos que puedan pagar los servicios médicos privados.
- Incremento de la población sin atención médica.

Cabe aclarar, que se trata de tendencias generales, y que pueden o no realizarse. El momento actual implica una coyuntura dentro de la lucha de clases en México, cuya correlación de fuerzas puede cambiar la orientación de las políticas gubernamentales en materia de salud y educación, o por lo menos algunas de sus características.

Retomando la idea de que son las características de la práctica médica en un momento dado, las que determinan las categorías de currícula de las Facultades y Escuelas de Medicina, consideramos, que la transformación que sufra la práctica médica en su composición de prácticas y las características de estas, repercutirán en la mayoría de los currícula de Medicina del país.

En el caso particular de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH., consideramos que puede utilizar el espacio de su autonomía, para replantear su posición tanto frente al Estado y las políticas de los Servicios de Atención Médica, como a la realidad concreta que deberá enfrentar, bajo un proyecto educativo que tienda más a la búsqueda de alternativas de solución a los problemas regionales de salud-enfermedad, que a la subordinación a los intereses del Estado.

Todo lo anterior, bajo un análisis cuidadoso de la viabilidad del proyecto educativo seleccionado.

CONCLUSIONES.

CAPITULO V.

## 5. CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos en la evaluación curricular de la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Chiapas, permiten concluir lo siguiente.

Análisis de la parte I del Campo Educativo (Plan de estudios).

El Plan de Estudios, se caracteriza por ser un Plan de Estudios transversal, compuesto por diez unidades de enseñanza-aprendizaje (módulos de la Carrera), y un módulo propedéutico, sin valor curricular.

La carga académica está centrada en las actividades teóricas, cuya importancia (74.6%) es muy superior a la otorgada a las actividades prácticas (25.4%).

Las actividades teóricas por áreas, muestran un predominio del área clínica (63.1%) en relación a las áreas biomédica (31.8%) y sociomédica (5.1%).

La proporción de esta áreas en los contenidos particulares de cada módulo, varían notablemente de uno a otro, con la presencia del área sociomédica, únicamente en los módulos I y IX.

Las actividades prácticas por áreas muestran el más alto porcentaje (46.6%) dedicado a las actividades clínicas del segundo nivel de atención; 30.8% a las actividades de investigación; 14.4% a las actividades de laboratorio clínico; y 6.8% a las actividades de servicio.

Las actividades de investigación, aunque ocupan la tercera parte de las actividades prácticas, se reduce a una asignatura denominada "metodología de la investigación", presente sólo en algunos módulos y como actividad de apoyo. En ningún caso se contempla como eje del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Las actividades prácticas de servicio consisten en la elaboración de diagnósticos de salud comunitarios, y/o en la participación de los estudiantes en campañas de vacunación, en algunos módulos. Las actividades de servicio corresponden a las actividades prácticas en el primer nivel de atención médica y ocupan el 6.8% de ellas, lo que contrasta con la importancia otorgada al segundo nivel de atención (46.6%).

En base a al análisis del plan de estudios, según la metodología aplicada, determinamos, que la práctica social de la medicina que articula en Plan de Estudios, es la MEDICINA HOSPITALARIA, con presencia mínima de actividades orientadas a la MEDICINA COMUNITARIA en algunos módulos.

El concepto de salud-enfermedad implícito en los contenidos del Plan de Estudios, analizado a través del "objeto", "modelo de causalidad" y "niveles de acción", permite concluir que predomina el enfoque BIOLÓGICO y CURATIVO, orientado fundamentalmente al INDIVIDUO; aunque se encuentran presentes en algunos módulos, elementos del modelo ecológico de Leavell y Clark, así como la orientación del nivel de atención médica a la colectividad.

La importancia de la presencia dominante de este concepto, -reflejado en la importancia concedida al área clínica, en detrimento de las áreas biomédica y sociomédica en los contenidos del Plan de Estudios- es que, considera al individuo enfermo, a la enfermedad, y al médico mismo, desocializados.

El médico así formado, no encuentra relación entre su quehacer profesional y los problemas colectivos de salud-enfermedad. Asimismo, carece de los elementos necesarios para problematizar la realidad y su propio quehacer profesional y, por ende, se encuentra incapacitado para ofrecer alternativas de solución a los mismos.

La formación de médicos bajo esta perspectiva, orienta a la ubicación de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH. dentro de la clasificación universitaria de corte "liberal" o "aislada", cuya finalidad es la formación pasiva de profesionales sin vinculación con las condiciones histórico-sociales.

Esta conceptualización de la Universidad "liberal", se vé reforzada, por la forma de organización curricular del Plan de Estudios de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH., cuya estructura, lejos de corresponder a la organización curricular modular por objetos de transformación (que permite una concepción integral del proceso enseñanza-aprendizaje en una articulación entre teoría y práctica, estrechamente ligada a la realidad, mediada por la investigación); corresponde más bién a una forma de organización curricular modular basada en los postulados de la tecnología educativa, en la cual los conocimientos se enseñan

fragmentariamente, a la vez que los contenidos muy frecuentemente terminan reducidos a signaturas. En el Plan de Estudios de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH. los conocimientos se enseñan fragmentariamente, reducidos a pequeñas parcelas de especialidades clínicas, basados en la cátedra, bajo una didáctica tradicional. Además las actividades de investigación, no median como elemento articulador entre teoría y práctica, y por ende como eje del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Los problemas derivados de esta forma de organización curricular son, entre otros:

- La separación entre la escuela y la sociedad.
- La consideración de la escuela como institución apolítica.

Dentro del análisis de la parte 2 del campo educativo referida al análisis de información proporcionada por docentes y alumnos de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH. las conclusiones son las siguientes.

La práctica social de la medicina presente como imagen dominante en la mayoría de alumnos y docentes fué la MEDICINA HOSPITALARIA, aunque con presencia importante de la MEDICINA COMUNITARIA.

Tomando en cuenta que la práctica social de la medicina que articula el Plan de Estudios es la Medicina Hospitalaria, y que en él la Medicina comunitaria, se reduce a prácticas de campo aisladas, presentes sólo en algunos módulos, los datos obtenidos en la encuesta, nos orientan a explicar el fenómeno de la importante presencia de la Medicina Comunitaria en los alumnos principalmente de los módulos I y IV, a partir de:

- a) Las experiencias de los individuos antes de iniciar la Carrera de Medicina; y
- b) Las experiencias obtenidas en las actividades prácticas de algunos módulos.

En ambos casos implica, que el contacto de los estudiantes con determinados aspectos de la realidad, determina su "visión" predominante de la práctica profesional.

La presencia dominante de la Medicina Comunitaria en los alumnos del módulo I se explicaría por el contacto o vivencias personales de los estudiantes con la realidad en la que viven. (Chiapas tiene una población mayoritariamente campesina ubicada en el medio rural 78.5%).

Por otra parte, la presencia de la Medicina Comunitaria en el módulo IV puede estar relacionada íntimamente con los contenidos teórico-prácticos de éste módulo denominado "infectología", ya que orientan a la comprensión diferencial del proceso salud-enfermedad en la población, aunque no constituye propiamente una conceptualización diferente del proceso salud-enfermedad. En este módulo, las actividades prácticas se realizan mayoritariamente a nivel comunitario.

Después del módulo IV, es notable la importancia otorgada a la Medicina Hospitalaria, lo cual coincide con el tipo de actividades prácticas desempeñadas en los últimos módulos: las prácticas hospitalarias.

Dentro de esta hipótesis, consideramos que el Internado Rotatorio de Fregrado es la fase fundamental en la consolidación de la Medicina Hospitalaria como práctica social dominante en los médicos en formación.

De ahí, que el año de Servicio Social, realizado las más de las veces en áreas rurales, en poco o nada cambia la "visión" ya consolidada de la Medicina Hospitalaria como práctica social dominante.

Los docentes que respondieron al cuestionario, refieren como imagen de práctica social médica dominante a la Medicina Hospitalaria, y en ningún caso expresaron preferencia por la Medicina Comunitaria, lo que contrasta con lo expresado con los alumnos.

Este hecho es de vital importancia ante un posible rediseño curricular, pues además de la resistencia gremial al cambio - característico del grupo médico-, y los conflictos internos de la Institución se encuentra la orientación de los docentes a la Medicina Hospitalaria, misma que de no cambiar, se seguiría transmitiendo como "currículum oculto".

Alumnos y docentes expresaron mayoritariamente preferencia a la forma de ejercicio profesional con otros médicos, seguido en importancia por el trabajo interdisciplinario. La franca minoría de quienes prefieren el trabajo médico individual, está relacionado directamente con el retroceso de la Medicina Privada Liberal.

Por otra parte, alumnos y docentes en forma mayoritaria expresaron preferencia de actividad profesional, de tipo mixta, que incluya actividades clínicas, de docencia e investigación.

Consideramos que este fenómeno está más relacionado con las características del mercado de trabajo que con inclinaciones docentes y/o de investigación de los entrevistados, pues es frecuente observar, que el médico tenga que emplearse en distintas actividades para completar su salario. Además, en el caso particular de la orientación a la investigación de los docentes, consideramos, que se trata más bien de un deseo, puesto que las investigaciones realizadas por los mismos, y/o en conjunto por la Escuela de Medicina son mínimas (prácticamente inexistentes).

Por otra parte, consideramos que las actividades de la mayoría de los docentes de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH. centradas en actividades clínicas y docentes, constituyen una "imagen" transmitida a los alumnos como parte del "currículum oculto".

En relación a la preferencia de orientación de la práctica médica, alumnos y docentes refirieron mayoritariamente estar en desacuerdo en orientarla mayoritariamente al diagnóstico y tratamiento, lo que contrasta con los contenidos del Plan de estudios, cuya área más importante, es precisamente el área clínica.

También alumnos y docentes refirieron acuerdo mayoritario en orientar la práctica médica a la prevención, lo que contrasta con la escasa importancia otorgada a ella en los contenidos del Plan de Estudios.

Las actividades de investigación fueron consideradas mayoritariamente "importantes" en la formación profesional del médico, en tanto el Plan de Estudios las considera en un plano absolutamente secundario.

Los elementos que docentes y alumnos de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH. consideran importantes a tomar en cuenta en una posible reestructuración del Plan de Estudios son los siguientes:

a) Para los alumnos, los años de Internado Rotario de Pregrado y de Servicio Social, son indispensables en la formación profesional del médico.

Los docentes consideran muy importante en la formación profesional del médico, el año de Servicio Social, no así el Año de Internado Rotatorio de Pregrado.

b) Docentes y alumnos consideran que prácticas hospitalarias, comunitarias y de investigación en cada módulo son indispensables en la formación profesional del médico.

c) Las condiciones de salud-enfermedad de la población del Estado de Chiapas, así como las posibilidades de empleo de los egresados, son los dos grandes factores que se señalan como importantes a tomar en cuenta en la reestructuración del plan de estudios, seguidos de las políticas regionales de los servicios de salud. (En ese orden).

La mayoría de alumnos y docentes refirieron acuerdo en la necesidad de reestructurar el plan de estudios de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH, refiriendo también por mayoría absoluta su predisposición a participar en el rediseño. Por otra parte expresaron que en el rediseño deben participar, los docentes, alumnos y directivos de la Institución, así como un grupo de expertos.

Algunos hallazgos de importancia en el análisis de la encuesta fueron los siguientes:

La preferencia del sitio ocupacional por "consultorio" y "clínica de campo" fué significativamente más importante en las mujeres que en los hombres; no así la preferencia ocupacional por "hospital" que fué mayoritariamente mayor en hombres que en mujeres.

La preferencia por "clínica de campo" fué más importante en la primera mitad de la carrera, que en la segunda; en tanto "consultorio" y "hospital" fué más importante en la segunda parte.

Por otra parte, son los alumnos del sexo masculino de la segunda mitad de la carrera quienes manifiestan acuerdo en que las posibilidades de empleo de los egresados es el factor más importante a tomar en cuenta en el rediseño del Plan de Estudios.

Estos hallazgos parecen relacionarse con la diferenciación social de "roles" de trabajo por sexo, comunes en nuestra sociedad, aún dentro de una misma profesión; en la que los

- a) La tasa de muertes por Infecciones Intestinales Mal Definidas en Chiapas, es más de dos veces más importante (98.48) que la tasa de muerte por esta misma causa en el total nacional (42.60).
- b) La tasa de muerte por tuberculosis pulmonar en Chiapas, casi triplica (16.31) la tasa del total nacional por esta misma causa (6.90).
- c) La fiebre tifoidea y la anemias no aparecen entre las diez principales causas de muerte a nivel nacional, en tanto ocupan los lugares 9o. y 10o. respectivamente entre las principales causas de muerte en Chiapas.

Además, la presencia de patología infecciosa asociada directamente a las condiciones de vida de la población.

La presencia tan importante que tiene la Medicina Comunitaria (primer nivel de atención médica) en Chiapas, aunque corresponde a la patología más frecuente observada en la Entidad, poco o nada puede hacer al respecto, si sus acciones se limitan a acciones biológico-curativas, y a medidas de prevención específicas, tales como campañas masivas de vacunación.

Consideramos que podrían alcanzarse logros mayores bajo una concepción integral del proceso salud-enfermedad aplicada a las políticas institucionales de los Servicios de Atención Médica.

La importancia de estos hechos en relación a la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Chiapas, es evidente, ante la necesidad de formar médicos concientes de esta problemática, capacitados para enfrentarla y proponer alternativas de solución viables a ella.

Los resultados del análisis del campo profesional médico de Chiapas tan importante de la MEDICINA COMUNITARIA, así como la situación de salud-enfermedad de la población, contrastan con la presencia dominante de la MEDICINA HOSPITALARIA en el Plan de Estudios y en alumnos y docentes de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH.

Esta incongruencia deberá ser el eje de la discusión y análisis en torno a la reestructuración curricular. La cual deberá contemplar, además, las diversas conceptualizaciones del proceso salud-enfermedad, sus alcances y limitaciones, así como las diversas formas de organización curricular y sus alcances y limitaciones; bajo un modelo de participación real de docentes alumnos, y directivos de la Institución.

Si bien el proceso de salud-enfermedad de la población de chiapas, no es responsabilidad exclusiva de las Instituciones de atención médica, o de los médicos y demás personal que laboran en ellos, la formación de recursos humanos bajo una concepción integral del proceso salud-enfermedad, concientes de la problemática que deberán enfrentar, y capacitados para problematizarla y proponer alternativas de solución a ella, permitiría sentar las bases para el mejoramiento real de las condiciones de salud-enfermedad de la población, a la vez que cumplir la responsabilidad que tiene la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Chiapas con la sociedad.

Consideramos, que al aplicar la metodología de evaluación curricular propuesta en esta investigación se alcanzaron los objetivos señalados.

En el análisis del Plan de Estudios, incluso fueron superados, pues además, del logro de los objetivos propuestos, se logró la desagregación por áreas general y de cada módulo de los contenidos teóricos y prácticos, lo que permite no sólo una visión de la composición interna del Plan de Estudios, sino una fuente de análisis a tomar en cuenta en la reestructuración del mismo.

Cuando analizamos la información proporcionada por docentes y alumnos, obtenida por encuesta, se presentaron algunas limitaciones en el uso de indicadores propuestos (señaladas oportunamente), por lo que únicamente se pudieron determinar las prácticas Medicina Hospitalaria y Medicina comunitaria con claridad; sin embargo, consideramos que esto fué suficiente, en función de que ambas prácticas en conjunto constituyen la parte más importante del campo profesional médico actual.

En esta parte del análisis, también se obtuvieron datos de importancia en relación a la diferenciación según el sexo de los estudiantes, en relación a la orientación hacia las distintas prácticas profesionales presentes en el campo médico profesional, así como en las actitudes hacia problemas específicos de importancia en torno a una posible reestructuración curricular. Estos hallazgos pueden ser la base de investigaciones futuras.

En relación al análisis del campo profesional, si bién no fué posible caracterizar las distintas prácticas profesionales de la medicina y la situación de salud-enfermedad de la población, con la precisión deseada, en función de las características de la información estadística disponible, si se logró obtener información, que permite justificar la necesidad de particularizar el caso de Chiapas en ese sentido, a la vez, que proporcionar información que sirva de referencia para la reestructuración curricular de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH.

Por último, consideramos que la metodología de evaluación curricular propuesta y aplicada en esta investigación, cumple con el objetivo de centrarse en aquellos elementos conceptuales que permiten no solamente la comprensión integral del proceso educativo de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH. sino el aporte de aquellos elementos que son indispensables a tomar en cuenta en la construcción de un proyecto educativo.

Consideramos, asimismo, que la metodología propuesta en este trabajo, puede aplicarse a otras Instituciones de educación médica, cuyas características sean similares a las de la Institución que motivó esta investigación. Consideramos sin embargo, que cada caso deberá particularizarse y con ello también la adaptación metodológica.

CAPITULO VI.

PROPUESTAS GENERALES PARA LA REESTRUCTURACION CURRICULAR DE LA  
ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIAPAS.

## 6. PROPUESTAS GENERALES PARA LA REESTRUCTURACION CURRICULAR DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UN.A.CH.

Para hacer las propuestas para la reestructuración curricular, partimos de considerar el currículum como la estructura orgánica que define el vínculo entre la universidad y la sociedad, mismo que contempla aspectos conceptuales implícitos y explícitos, que definen esencialmente esa relación.

El currículum por tanto, no se limita al campo de lo programado -plan y programas de estudio-, sino que también contempla lo operado; es decir, el conjunto de interrelaciones ideológicas, políticas, culturales y científicas que se dan al interior de las instituciones educativas en el marco de lo programado.

El currículum contempla un modelo educativo (explícito o nó), un plan de estudios, programas de estudio y un perfil profesional (explícito o nó). Todo ello en función de un proyecto educativo que define el vínculo entre la universidad y la sociedad.

Partiendo de lo anterior, nuestras propuestas en base a los resultados de la investigación, que se centra en los aspectos conceptuales del currículum, son las siguientes:

- 1.- Es necesaria la reestructuración curricular de la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Chiapas.
- 2.- Para la reestructuración, el primer paso a seguir, es la construcción de un proyecto educativo.

Para definir el proyecto educativo, se requiere la participación de alumnos, docentes y directivos de la Institución.

Consideramos, en base a los resultados de esta investigación, que dicha participación deberá centrarse en los alumnos, en función de la predisposición que expresaron a participar en ella; también deberá incluir a los docentes, aunque en este caso, la participación docente será más difícil, por tratarse en su gran mayoría de especialistas clínicos; por los conflictos internos de ellos en la Institución; y por la resistencia gremial al cambio característico del grupo médico. En todo caso deberá involucrarse al mayor número de profesores posible.

Para que la participación se logre, deberá informarse ampliamente a la comunidad estudiantil y docentes de la Institución de la situación actual y perspectivas de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH., así como de las posibilidades reales de reestructurar el curriculum en función de un proyecto educativo.

Deberá informarse, asimismo de las opciones para la construcción de ese proyecto educativo, y de los alcances y limitaciones de esas opciones.

El grado de participación de alumnos, docentes y directivos en la reestructuración curricular, deberá definirse por común acuerdo en función de las posibilidades reales e interés de los sujetos participantes.

El proyecto educativo, ya definido, será la base para la reestructuración del plan y programas de estudio, y del perfil profesional.

3.- En el plan de estudios, deberá contemplarse la reestructuración íntegra de los contenidos teórico-prácticos con énfasis en los siguientes aspectos:

a) La vinculación teoría-práctica a través de actividades de investigación en cada módulo que permitan la interacción de los estudiantes con la realidad, y con ello, la generación de un pensamiento crítico y creativo en relación a la realidad y a su propia formación y futuro quehacer profesional.

b) La reconceptualización del proceso salud-enfermedad, aplicada a todos y cada uno de los contenidos teórico-prácticos del plan de estudios.

c) En función de las características del proyecto educativo, deberán equilibrarse las actividades clínicas (programadas hasta ahora en el segundo nivel de atención médica), y las actividades de servicio (programadas como "servicio" a realizar en el primer nivel de atención médica).

Las actividades de servicio pueden estar ligadas estrechamente a las de investigación, y de esta forma, constituirse en una parte esencial de la formación del estudiante, a la vez que un vínculo entre la universidad y la sociedad.

Los contenidos teóricos por áreas deberán reestructurarse equilibrando los contenidos clínicos, los contenidos biomédicos (ciencias básicas) y los contenidos sociomédicos, con las respectivas modificaciones en las actividades prácticas correspondientes.

Los contenidos teórico-prácticos deberán, asimismo, hacer énfasis en la patología más frecuente observada en la población de Chiapas, (según la opinión mayoritaria de alumnos y docentes).

Además, se deberán tomar en cuenta los otros elementos que docentes y alumnos consideran necesario tomar en cuenta para el rediseño curricular.

Consideramos que la transformación profunda de los contenidos teórico-prácticos no es una tarea fácil de llevar a cabo, pues requiere la transformación en -alumnos y docentes- en la conceptualización del proceso salud-enfermedad y un verdadero interés en el cambio de orientación en relación a un proyecto educativo. El rediseño del plan de estudios en sí mismo, no es garantía de cambios curriculares profundos.

Retomando la hipótesis de que son las actividades prácticas las que determinan la conformación de la imagen dominante de una práctica social de la medicina, una propuesta que inicie un período de transición es la realización de actividades de investigación en cada módulo orientadas según una conceptualización diferente del proceso salud-enfermedad, tomando como eje los contenidos teóricos de cada módulo. Las actividades

de investigación, pueden inicialmente ser dirigidas por un grupo independiente de docentes preparados para ello, en función de la "nueva" visión de la medicina propuesta en el proyecto educativo, aunque los contenidos teóricos se sigan enseñando como hasta ahora.

Las actividades de investigación deberán realizarse directamente en la población de Chiapas, y no exclusivamente en Instituciones Hospitalarias.

4.- La forma de organización curricular, ligada estrechamente al proyecto educativo y demás aspectos conceptuales del curriculum, y al papel que se asigne a la investigación en el proceso de enseñanza-aprendizaje. La forma de organización curricular podrá transformarse de acuerdo a los avances logrados la transformación conceptual y de organización de interna de los contenidos teórico-prácticos del plan y programas de estudio.

Los programas de estudio, en ningún caso deberán presentarse con contenidos rígidos; aunque sustentados en los ejes señalados como fundamentales en relación al proyecto educativo, deberán ser flexibles adaptándose a las características del grupo y a los requerimientos de enseñanza-aprendizaje en cada momento.

5.- Considerando que se trata de un proceso y por tanto dinámico, en ningún caso deberán considerarse las transformaciones iniciales como permanentes. La Escuela de Medicina de la UN.A.CH. en el espacio de su autonomía, deberá permanecer alerta, y bajo un sistema de autoevaluación en relación a su contexto, que le permita obtener los elementos necesarios para su transformación permanente.

Consideramos, que estos elementos permitirían la formación efectiva de médicos generales, preparados para trabajar en la Medicina Hospitalaria o la Medicina Comunitaria, pero con una formación crítica que les permita comprender su realidad y comprometerse con ella.

6.- Por último, deberán valorarse los alcances y limitaciones de los resultados de esta investigación en relación a los problemas y necesidades del rediseño curricular y, en función de ello, realizar las investigaciones curriculares complementarias.

BIBLIOGRAFIA.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- IBARROLA, Ma. de. "Las Dimensiones Sociales de la Educación". Antología. Biblioteca Pedagógica. SEP. Ed. El Caballito, México, 1985.
- 2.- IBARROLA, op. cit. 1985.
- 3.- IBARROLA, op. cit. págs. 11-12
- 4.- IBARROLA, op. cit. págs. 12-13.
- 5.- ALTHUSSER, L. "Sobre la Ideología y el Estado" en "?Teoría Pedagógica?" por A. de Alva. CESU, UNAM, 1987.
- 6.- BORDIEU, P. y PASSERON, J.P. "La Reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza". Editorial Laia, Barcelona, 1977. Cfr. por Ma. de Ibarrola, "Las dimensiones sociales de la educación". Antología, Biblioteca Pedagógica, SEP. Ed. El Caballito, México, 1985.
- 7.- GIROUX, H.A. "Teorías de la Reproducción y Resistencia en la Nueva Sociología de la Educación. Un Análisis crítico". Publicado originalmente en Harvard Educational Review. Vol. 57 No. 3, Agosto de 1983. págs. 257-294. Trad. de Ma. de Ibarrola en "Las Dimensiones Sociales de la Educación". págs. 151-159.. Antología, Biblioteca Pedagógica. SEP. Ed. Caballito, México, 1985.
- 8.- SACRISTAN, G. "Teoría de la enseñanza y desarrollo del currículo". Ed. Anaya/2 Madrid España, 1986.
- 9.- MAYA, C. "El concepto de Estado en los 'Cuadernos de la Cárcel'". Cuadernos Políticos No. 33. Ed. Era. México, Julio-Septiembre de 1982.
- 10.- MAYA, op. cit. pág. 9
- 11.- PORTELLI, H. "Gramsci y el Bloque Histórico", Ed. Siglo XXI, 12a. edición. México, 1985.
- 12.- PORTELLI, op. cit. pág. 24
- 13.- BORDIEU y PASSERON. "La Reproducción". cit. por A. de alva en "?Teoría Pedagógica?". CESU, UNAM. 1987.
- 14.- GIROUX, op. cit. pág. 224
- 15.- BORDIEU y PASSERON, op. cit. pág. 222-223
- 16.- PEREYRA, Carlos. "Ideología y Ciencia" en Ideología y Ciencias Sociales, Varios autores, UNAM. México.
- 17.- FRENK, H.J. y Col. "El Mercado de Trabajo Médico". División CBS, Núcleo de Investigación y Desarrollo en Educación y Salud (NIDES). UAM-X, México, marzo 7, 1980.

- 18.- GARCIA, J. C. "La Articulación de la Medicina y la Educación en la Estructura Social". Sto. Domingo. Rep. Dominicana, 1979.
- 19.- GARCIA, J.P. op. cit. pág. 43
- 20.- VIDAL, C. "El Desarrollo de Recursos Humanos en las Américas". Educ. Méd. y Salud. Vol. 18, No.1, 1984.
- 21.- GARCIA, J.P. op. cit. págs. 62-63
- 22.- FEPAFEM. "Médicos para el Siglo XXI". Informe del grupo de estudio de la AAMC sobre educación profesional general del médico y la preparación universitaria premédica. Caracas, Venezuela, 1985.
- 23.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Fracc. XVI del artículo 73. El Consejo General de Salubridad como una Dependencia Directa del Presidente. en J. Frenk y col. "El Mercado de Trabajo Médico", División CBS, NIDES, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México, marzo 7, 1980.
- 24.- COPLAMAR. "Necesidades Esenciales en México. Situación Actual y Perspectivas al año 2000". Ed. Siglo XXI, 2a. Edición, México, 1983. pág. 121
- 25.- COPLAMAR, op. cit pág. 122
- 26.- FEPAFEM, op. cit.
- 27.- GUEVARA, N.G. (compilador). "El Diseño curricular", mimeo, UAM-X, México, 1976.
- 28.- GUERRERO, T.A. "Lo político en la Teoría del Currículum" en Foro Universitario No. 10, STUNAM, Septiembre de 1981. págs. 17-24.
- 29.- FRENK, H. J. op. cit.
- 30.- ANUIES. "Matrícula y Personal Docente de la Carrera de Medicina en México". Serie: Sociedad y Educación, Area: Salud, México, 1984.
- 31.- DIAZ, Barriga, A. "Un acercamiento a la evolución de la problemática Curricular en México". En "Ensayos sobre la Problemática Curricular". ANUIES. Cursos Básicos para la Formación de Profesores. Area: Sistematización de la Enseñanza No. 11. 2a. Ed. Trillas. México, 1986.
- 32.- ANUIES. "Planes de Estudio de la Carrera de Medicina en México". Serie: Sociedad y educación, Area: Salud. México, 1983.
- 33.- ANUIES. "Planes ..." op. cit.

- 34.- DIAZ, B. A. "Un acercamiento ..." op. cit.
- 35.- SALAMON, Magdalena. "Panorama de las Principales Corrientes de Interpretación de la Educación como Fenómeno social" s/n México, pág. 5.
- 36.- MENDOZA, R.J. y col. "La Planeación de la Educación superior". Discurso y Realidad Universitaria, CESU. Ed. Nuevomar, México, 1986.
- 37.- MALPICA, Uribe, S. "El actual sistema político amenaza la Autonomía de las Universidades" en "La Jornada" del 17 de marzo de 1978. pág. 9. México.
- 38.- ANUIES. "La Planeación de la Educación superior en México", México, 1979. En J. Mendoza, R. y Col. "La planeación de la Educación Superior". Discurso y Realidad Universitaria. CESU, UNAM. Ed. Nuevomar. México, 1986. pág.41.
- 39.- ANUIES. "La Planeación ..." op. cit. pág. 43
- 40.- MENDOZA, J.R. y Otros. op. cit.
- 41.- PODER EJECUTIVO FEDERAL: Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. Talleres Gráficos de la Nación, México. pág. 17.
- 42.- MENDOZA, J. R. y Otros. op. cit.
- 43.- PASSOS, Nogueira R. "Tendencias y Perspectivas de la Investigación sobre Personal de Salud en las Américas". Educ. Méd. y Salud Vol. 19, No. 1, 1985.
- 44.- MORENO y de los Arcos, E. "El Vocabulario de la Pedagogía: el Currículum". en Uno más Uno del 20 de abril de 1985 al 11 de junio de 1985, en cuatro partes.
- 45.- DIAZ, Barriga-Arceo, F. y Col. "Metodología Básica de Diseño Curricular para la Educación Superior". Depto. de Psicología Educativa. Facultad de Psicología. UNAM, 1986. mimeo.
- 46.- DIAZ. Barriga-Arceo, F. y Col. op. cit. pág. 26
- 47.- MORENO y de los Arcos, op. cit.
- 48.- ANDRADE, Jorge. "Bases Conceptuales del Currículum en la Educación Médica.
- 49.- GUEVARA, N.G. op. cit.
- 50.- MARTINEZ, dominguez y col. (compiladores) "Documentos para el Análisis del Proyecto Xochimilco" en Temas Universitarios No. 8. UAM-X. México, 1986.
- 51.- SACRISTAN, G. op. cit.

- 52.- DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA. En Moreno y de los Arcos "El Vocabulario de la Pedagogía: el Currículum", Uno más Uno del 20 de abril de 1985 al 11 de junio de 1985, en cuatro partes.
- 53.- MORENO y de los Arcos, op. cit.
- 54.- DIAZ, Barriga-Arceo, F. y Col. op. cit.
- 55.- DIAZ, Barriga-Arceo y Col. pág. 116
- 56.- DIAZ, Barriga, A. "Los Orígenes de la Problemática Curricular". en Cuadernos del CESU No. 4. México, 1986. págs. 11-22.
- 57.- DIAZ, Barriga-Arceo y Col. op. cit.
- 58.- GUEVARA, N. G. op. cit.
- 59.-GUEVARA, N. G. op. cit.
- 60.- DIAZ, Barriga A. "Ensayos sobre la Problemática Curricular", ANUIES, Cursos Básicos para la Formación de Profesores. Sistematización de la Enseñanza No. 11, Ed. Trillas, México, 1986.
- 61.- PANSZA, Margarita "Enseñanza Modular" Rev. de la ANUIES No. 22, s/fecha. México.
- 62.- PANSZA. Margarita. op. cit.
- 63.- DIAZ, Barriga, A. "Ensayos ..." op. cit.
- 64.- PANSZA, Margarita, op. cit.
- 65.- ARENAS VARGAS y Col. "El Sistema Modular de la Enseñanza en la Medicina Veterinaria y Zootecnia". UAM-X. México, 1981.
- 66.- DIAZ, Barriga, A. "Ensayos ..." op. cit.
- 67.- PANSZA, Margarita, op. cit.
- 68.- GUY MICHAUD, cit. por Apostel et. al. en Pansza Margarita. "Enseñanza Modular" Rev. de la ANUIES No 22, sin fecha. México.
- 69.- PANSZA, Margarita, op. cit.
- 70.- PANSZA, Margarita, op. cit.
- 71.- DIAZ, Barriga, A. "Los orígenes ..." op. cit.
- 72.- DIAZ, Barriga, A. "Tesis para una Teoría de la Evaluación u sus derivaciones en la docencia" en Perfiles Educativos Núm. 15, CISE, UNAM, pág. 16-37 Octubre de 1982.

- 73.- JARILLO, S. E. "Elementos del Marco conceptual para el Diseño Curricular en la Educación Médica". UAM-X, México. mimeo.
- 74.- DIAZ, Barriga, A. "Tesis ..." op. cit.
- 75.- DIAZ, Barriga-Arceo y Col. op. cit.
- 76.- DIAZ, Barriga-Arceo y Col. op. cit.
- 77.- DIAZ, Barriga, A. "Ensayos ..." op. cit.
- 78.- STUFFLEBEAN, L.D., SHINKFIEL, J.A. "Evaluación Sistemática" Guía teórica y práctica. Temas de Educación, Paidós/M.E.C. 1a. Edición. 1987. España.
- 79.- DIAZ, Barriga-Arceo y Col. op. cit.
- 80.- DIAZ, Barriga-Arceo y Col. op. cit.
- 81.- TABA, H. "Elaboración del Currículo", Troquel, Buenos Aires, pág. 306. en Diaz Barriga-Arceo y Col. op. cit.
- 82.- DIAZ, Barriga-Arceo y col. op. cit.
- 83.- DIAZ, Barriga, A. "Ensayos ..." op. cit.
- 84.- GUEVARA, N.G. op. cit.
- 85.- FOLLARI, A.R., J. BERRUEZO. "Criterios e Instrumentos para la Revisión de Planes de Estudio" Revista Latinamericana de Estudios Educativos V, XI, No. 1. Invierno de 1981.
- 86.- LEY ORGANICA de la Universidad Autónoma de Chiapas. Decreto 98, Septiembre de 1974. Archivo Histórico de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH.
- 87.- Entrevista al Dr. Pedro Gómez Juárez, actual Coordinador de Servicio Social e Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Chiapas. Julio de 1987.
- 88.- FILLER, J.M. "El Proceso de planificación de recursos humanos y su contenido". OPS. documento preparado para el Taller de Recursos Humanos en Chiapas, Julio de 1985.
- 89.- Entrevista al Dr. Pedro Gómez Juárez, op. cit.
- 90.- MINUTAS y otros documentos existentes en el Archivo Histórico de la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Chiapas.
- 91.- "Cuestionario Sobre Necesidades del Profesorado". Centro de Desarrollo de Recursos Humanos de la UN.A.CH. Archivo Histórico de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH.

- 92.- Cuestionario, s/título. Enero de 1978. Archivo Histórico de la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Chiapas.
- 93.- GOMEZ, Maza G. "Proyecto de integración Docencia-Servicio-Investigación, en la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Autónoma de Chiapas". 1982. Archivo Histórico de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH.
- 94.- "Análisis Situacional de la Escuela de Medicina Humana, Campus II, UN.A.CH.". Junio de 1986. Archivo Histórico de la Escuela de Medicina de la UN.A.CH.
- 95.- Encuesta Médicos en Servicio Social. Secretaría de Salud, 1985. Chiapas, México.
- 96.- GUEVARA, N. G. op. cit.
- 97.- FOLLARI, A.R., J. BERRUEZO, op. cit.
- 98.- GUEVARA, N. G. op. cit.
- 99.- SECRETARIA DE SALUD, Sistema Básico de Información. Primero, Segundo y Tercer Niveles de Atención. Dos tomos. México, 1982.
- 100.- ROSEN, G. "Qué es la Medicina social? Un análisis Genético del Concepto". Salud Problema, UAM-X. 11-25 México, Verano de 1985.
- 101.- FRENK, H.J. op. cit.
- 102.- ROSEN, G. op. cit.
- 103.- BREILH, J.P. "Epidemiología, Economía, Medicina y Política". Distribuciones Fontamara S.A. 3a edición, México, 1986.
- 104.- LAURELL, Asa Cristina. "La Salud-Enfermedad como Proceso Social" pág. 7-25. En: Revista Latinoamericana de Salud. Vol.1, No. 2, 1982.
- 105.- BREILH, J.P. op. cit.
- 106.- LAURELL, Asa Cristina, op. cit.
- 107.- DIAZ, Barriga, a. "Ensayos ..." op. cit.
- 108.- FRENK, H. J. op. cit.
- 109.- LAURELL, Asa Cristina, op. cit.
- 110.- COPLAMAR, op. cit.
- 111.- ORTEGA, Garza, Edmundo. Coordinador Estatal del Instituto Nacional Indigenista. (Se desconoce el título) en "El Observador" del sábado 14 de Febrero de 1987. Chiapas.

- 112.- SECRETARIA DE SALUD. Anuario Estadístico 1985.
- 113.- DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO DEL ESTADO DE CHIAPAS. Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Chiapas. Depto. de Epidemiología. Elaborado por el Dr. José Luis Mendoza Mérida, Nov. de 1986.
- 114.- DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO DEL ESTADO DE CHIAPAS, op. cit.
- 115.- GUEVARA, N.G. op. cit. pág. 27
- 116.- COPLAMAR, op. cit
- 117.- COPLAMAR, op. cit.
- 118.- COPLAMAR, op. cit.
- 119.- COPLAMAR, op. cit.
- 120.- COPLAMAR, op. cit.
- 121.- ARNAZ, J.A. "La Planeación Curricular", ANUIES. cursos Básicos para la Formación de Profesores. Área: Sistematización de la Enseñanza No. 8. Ed. Trillas, México, 1987.
- 122.- AZIZ NASSIF, A. "El análisis del discurso: Oficio de artesanos", en Cuadernos del TICOM No. 16, México, Agosto de 1982.
- 123.- CIUHNAUTECA. "La innovación Curricular no es la Panacea del Cambio Estructural y Substancial que requiere la Educación". Revista de la Escuela Normal Superior No. 1 del Estado de México. No. 4. enero-Febrero de 1985. Toluca, México.
- 124.- DIAZ, Barriga, A. "Alcances y Limitaciones de la Metodología para la Realización de Planes de Estudio". en Revista de la Educación superior No. 40, ANUIES. México, 1981. págs. 25-48.
- 125.- FOLLARI, A.R. "El currículum como práctica social" en Foro Universitario No. 27, ANUIES No. 6, Febrero de 1983. págs. 53-64.
- 126.- HERNANDEZ, LLamas, H. "Historia de la Participación del Estado en las Instituciones de Atención Médica en México 1835-1980". en Vida y Muerte del Mexicano t.2, Folio Ediciones, México, 1982.
- 127.- JOHNSON, M. Jr. "La teoría del currículo". Definiciones y Modelos. Revista de la ANUIES No. 16 en Perfiles Educativos No. 2. Oct. Dic. 1978. págs. 12-24.
- 128.- SECRETARIA DE SALUD. Boletín de Información Estadística No. 2, México, 1982.

- 129.- SECRETARIA DE SALUD. Boletín de Información Estadística No. 3, México, 1984.
- 130.- SECRETARIA DE SALUD. Boletín de Información estadística No. 4, México, 1987.
- 131.- SECRETARIA DE SALUD. Anuario Estadístico 1984.
- 132.- SECRETARIA DE SALUD, Subsecretaría de Planeación. Estadística trimestral de la Prestación de Servicios. Primer Trimestre de 1988.
- 133.- VELEZ, Pliego A. "Reflexiones sobre los Criterios y Procedimientos Generales para la Evaluación de la Educación Superior" en Foro Universitario No. 38, enero de 1984, págs. 25-32. ANUIES s/n.

ANEXOS.

ASIGNATURAS SOCIOMEDICAS

Actividades clínico sociales  
Adminstración de la atención médica  
Administración en salud  
Administración sanitario  
Administración sanitaria y educación higiénica  
Antropología  
Antropología médica  
Antropología social  
Antropología social y sociología médica  
Atención a la salud

Biodemografía  
Bioestadística  
Bioestadística y demografía

Demografía  
Demografía y problemas de producción  
Didáctica y comunicación  
Dinámica de grupos  
Documentación médica

Educación ginecobstetricia  
Educación higiénica y nutrición  
Educación médica 1<sup>er</sup> nivel de atención  
Educación para la salud  
Educación para la salud familiar  
Educación pediátrica  
Epidemiología  
Epidemiología y saneamiento  
Estadística  
Estadística médica  
Estadística y bioestadística  
Estadística y demografía  
Estudio de la comunidad  
Estudio y promoción de la salud familiar  
Ética médica

Ética profesional e historia de la medicina  
Evolución social

Filosofía de la salud  
Filosofía homeopática e historia médica  
Filosofía médica  
Fundamentos de la práctica médica

Historia de la medicina  
Historia de la medicina y del sistema del  
sobre salud  
Historia de la medicina y ética profesional  
Historia y filosofía de la medicina

Introducción a la medicina  
Introducción a la medicina preventiva  
Introducción al estudio de la medicina  
Introducción a la práctica  
Introducción a la práctica médica  
Introducción a la salud

Laboratorio de cuestiones y reformas sociales  
Legislación médica

Medicina comunitaria  
Medicina comunitaria práctica  
Medicina comunitaria teórica  
Medicina del trabajo  
Medicina e higiene del trabajo  
Medicina familiar  
Medicina familiar, social y del trabajo  
Medicina familiar y comunitaria  
Medicina forense  
Medicina forense y del trabajo  
Medicina forense y deontología  
Medicina general familiar  
Medicina humanística  
Medicina laboral  
Medicina legal  
Medicina legal y técnica forense  
Medicina ocupacional  
Medicina preventiva  
Medicina preventiva e infectología  
Medicina preventiva teórica y práctica  
Medicina preventiva y salud pública  
Medicina preventiva y social

Medicina preventiva y sociología médica  
Medicina psichumanística  
Medicina social  
Medicina social y del trabajo  
Medicina social y preventiva  
Medicina y sociedad  
Método estadístico y bioestadístico  
Metodología y estadística  
Métodos y programas del servicio social

Nutriología en salud pública

Organización y planificación comunitaria

Planeación de educación sobre salud  
Prácticas de campo  
Prácticas de salud pública  
Prácticas del cuidado de la salud familiar  
Principios filosóficos de la medicina  
Programa de medicina en la comunidad  
Programa de salud comunitaria  
Promoción de la salud  
Psicología social  
Psicología sociofamiliar

Relación médico-enfermo

Salud pública  
Salud pública y saneamiento ambiental  
Saneamiento ambiental  
Seminario de introducción a la práctica médica  
Seminario de orientación ética  
Seminario sobre salud comunitaria  
Servicio médico forense  
Servicio social  
Sistemas de salud en el país  
Socioantropología  
Socioantropología médica  
Sociología  
Sociología médica  
Sociología médica y medicina preventiva

Taller de problemas socioeconómicos  
Teoría de la medicina

## ASIGNATURAS BIOMEDICAS

Actividades médico-técnicas  
Agresión y defensa  
Anatomía  
Anatomía del desarrollo  
Anatomía descriptiva  
Anatomía descriptiva y disecciones  
Anatomía humana  
Anatomía humana práctica  
Anatomía humana teórica  
Anatomía humana teórica y práctica  
Anatomía humana y sus disecciones  
Anatomía macroscópica  
Anatomía microscópica  
Anatomía teórico-práctica  
Anatomía topográfica  
Anatomía y disecciones

Bacteriología e inmunología  
Bases biológicas de la medicina  
Biofísica  
Biofísica química  
Biología celular  
Biología de la reproducción  
Bioquímica  
Bioquímica aplicada  
Bioquímica-biofísica  
Bioquímica general y prácticas  
Bioquímica médica  
Bioquímica médica y prácticas  
Bioquímica práctica  
Bioquímica sistemática  
Bioquímica teórica  
Bioquímica teórica y experimental  
Bioquímica teórica y práctica  
Bioquímica y prácticas  
Bioquímica y su laboratorio

Citología e histología

Didáctica de la homeopatía  
Disección en cadáver  
Disecciones de anatomía  
Disección topográfica

Ecología

Ecología humana  
Ecología humana y prevención  
Ecología médica  
Ecología y demografía  
Embriología  
Embriología e histología  
Embriología, genética y prácticas  
Embriología humana  
Embriología humana práctica  
Embriología humana teórica  
Embriología médica y prácticas  
Embriología teórica y práctica  
Embriología y genética teórico-práctica  
Embriología y laboratorio

Farmacia homeopática

Farmacodinamia  
Farmacodinamia comparada  
Farmacología  
Farmacología aplicada  
Farmacología clínica  
Farmacología general  
Farmacología médica básica  
Farmacología práctica  
Farmacología teórica  
Farmacología teórica y práctica  
Farmacología y laboratorio  
Farmacología y prácticas  
Farmacología y su laboratorio  
Farmacología y terapéutica  
Fisiología  
Fisiología celular y prácticas  
Fisiología general y biofísica  
Fisiología general y práctica  
Fisiología humana  
Fisiología humana teórica  
Fisiología humana teórica y experimental  
Fisiología humana y práctica

Fisiología humana y su laboratorio  
Fisiología médica básica  
Fisiología teórica y práctica  
Fisiología y prácticas  
Fisiopatología  
Fundamentos de la práctica médica

Genética y embriología

Histología

Histología humana  
Histología humana práctica  
Histología humana teórica  
Histología teórica y práctica  
Histología y citología teórica y práctica  
Histología y laboratorio  
Histología y prácticas

Inmunología

Inmunología teórica  
Inmunología y microbiología  
Introducción a la investigación científica  
Investigación científica

Laboratorio de bioquímica aplicada  
Laboratorio de bioquímica-biofísica  
Laboratorio de farmacología  
Laboratorio de fisiología humana  
Laboratorio de histología  
Laboratorio de microbiología y parasitología

Materia médica comparada

Método científico  
Método científico y bioestadística  
Metodología científica  
Metodología de la investigación  
Metodología de la investigación básica  
Metodología médica  
Microbiología  
Microbiología médica  
Microbiología, parasitología y prácticas  
Microbiología práctica  
Microbiología teórica  
Microbiología teórica y práctica  
Microbiología y laboratorio  
Microbiología y parasitología

Microbiología y parasitología médica y su laboratorio  
 Microbiología y parasitología clínica  
 Microbiología y prácticas  
 Microbiología y virología  
 Morfología funcional y clínica  
 Morfología macroscópica  
 Morfología microscópica

Neuroanatomía  
 Neuroanatomía humana  
 Neurociencias

Parasitología  
 Parasitología humana  
 Parasitología práctica  
 Parasitología teórica  
 Parasitología teórica y práctica  
 Parasitología y laboratorio  
 Parasitología y prácticas  
 Prácticas de anatomía  
 Prácticas de bioquímica  
 Prácticas de farmacología  
 Prácticas de fisiología  
 Prácticas de microbiología y parasitología  
 Psicobiología

Química y laboratorio  
 Quimioterapia con antibióticos

Técnicas de disección  
 Técnicas de la enseñanza e investigación

Virología, parasitología y microbiología

## ASIGNATURAS CLINICAS

Adiestramiento quirúrgico teórico y práctico  
 Alergología  
 Anatomía clínica  
 Anatomía e introducción a la radiología  
 Anatomía humana con aplicaciones clínicas  
 Anatomía patológica especial y técnicas  
 Anatomía patológica general  
 Anatomía patológica teórica y práctica  
 Anatomía patológica y prácticas  
 Anatomía patológica y su laboratorio y  
 Anatomía quirúrgica  
 Anatomía radiológica  
 Anestesiología  
 Anestesiología teórica  
 Angiología  
 Aparato cardiovascular  
 Aparato digestivo  
 Aparato músculo-esquelético  
 Aparato renal  
 Aparato respiratorio  
 Aplicaciones clínicas  
 Auxiliar de diagnóstico

Cardiología  
 Cardiología y angiología  
 Cardiovascular  
 Cardiovascular patología  
 Cardiovascular prácticas  
 Cirugía  
 Cirugía básica y experimental  
 Cirugía experimental  
 Cirugía experimental práctica  
 Cirugía experimental teórica  
 Cirugía general /  
 Citología  
 Citología exfoliativa

Clínica  
 Clínica cardiovascular  
 Clínica endocrinológica  
 Clínica neurológica  
 Clínica pediátrica  
 Clínica quirúrgica de tórax y cardiovascular  
 Clínica terapéutica homeopática  
 Clínica propedéutica  
 Clínica propedéutica médica quirúrgica  
 Clínica de anestesiología  
 Clínica de aparato digestivo  
 Clínica de aparato respiratorio  
 Clínica de cardiología  
 Clínica de cirugía plástica  
 Clínica de cirugía reconstructiva  
 Clínica de dermatología  
 Clínica de digestivo  
 Clínica de electropoliografía  
 Clínica de endocrinología  
 Clínica de farmacología  
 Clínica de gastroenterología  
 Clínica de genitourinario  
 Clínica de ginecología  
 Clínica de ginecobstetricia  
 Clínica de hematología  
 Clínica de infectología  
 Clínica de inmunología  
 Clínica de nefrología  
 Clínica de neumología  
 Clínica de neurocirugía  
 Clínica de neurología  
 Clínica de oftalmología  
 Clínica de oncología  
 Clínica de ortopedia  
 Clínica de ortopedia y traumatología  
 Clínica de otorrinolaringología  
 Clínica de pediatría  
 Clínica de proctología  
 Clínica de psiquiatría  
 Clínica de radiología  
 Clínica de renal  
 Clínica de renal y urología  
 Clínica de respiratorio  
 Clínica de reumatología  
 Clínica de traumatología y ortopedia  
 Clínica de traumatología y urgencias

Clínica de urología  
 Clínica de urología y nefrología  
 Clínica del aparato digestivo  
 Clínica del aparato respiratorio  
 Clínica del sistema músculo-esquelético  
 Clínica endocrinológica  
 Clínica médica  
 Clínica médica y cardiovascular  
 Clínica neurológica  
 Clínica pediátrica  
 Clínica propedéutica  
 Clínica propedéutica médica quirúrgica  
 Clínica quirúrgica  
 Clínica quirúrgica de tórax y cardiovascular  
 Clínica social  
 Clínica terapéutica homeopática  
 Clinopatología cirugía  
 Clinopatología de aparato urinario y genital  
 Clinopatología de cardiovascular  
 Clinopatología de dermatología  
 Clinopatología de enfermedades parasitarias  
 ciosas  
 Clinopatología de ginecología  
 Clinopatología de ginecobstetricia  
 Clinopatología de hematología  
 Clinopatología de infectología  
 Clinopatología de nefrourología  
 Clinopatología de neurología  
 Clinopatología de obstetricia  
 Clinopatología de oftalmología  
 Clinopatología de otorrinolaringología  
 Clinopatología de pediatría  
 Clinopatología de psiquiatría  
 Clinopatología de reumatología  
 Clinopatología de urología  
 Clinopatología del aparato digestivo  
 Clinopatología del aparato respiratorio  
 Clinopatología del aparato urorrenal  
 Clinopatología del sistema cardiovascular  
 Clinopatología del sistema endócrino y es  
 la nutrición  
 Clinopatología del sistema músculo-esquelético  
 Clinopatología del sistema nervioso  
 Clinopatología endócrina  
 Clinopatología endocrinología, nutrición y  
 gía

Clinopatología especial  
Clinopatología médica  
Clinopatología neurológica y neuroanatomía  
Clinopatología pediátrica  
Clinopatología quirúrgica  
Crecimiento y desarrollo  
Correlación clinopatológica

Dermatología  
Dermatología médica  
Dermatología y clínica  
Diagnóstico físico  
Digestivo  
Digestivo clínica  
Digestivo patología

Educación médica  
Educación médica 2º nivel de atención. Trabajo clínico  
Educación prequirúrgica  
Educación quirúrgica  
Educación sexual  
Educación y de técnica quirúrgica  
Electrocardiografía  
Emergencias  
Endocrinología  
Endocrinología y clínica  
Endocrinología y nutrición  
Enfermedades infecciosas y clínicas  
Exodoncia

Fiebre reumática  
Formación de la alergia e inmunidad

Gastroenterología  
Gastroenterología y nutrición  
Genética  
Genética general  
Genética humana  
Genética médica  
Genética médica y prácticas  
Genética teórica y práctica  
Geriatría  
Ginecología  
Ginecología y clínica  
Ginecobstetricia

Ginecobstetricia clínica  
Ginecobstetricia patológica

Hematología  
Hematología y clínica  
Hipertensión  
Histopatología

Infecciosos  
Infectología  
Infectología básica  
Infectología traumatológica  
Infectología y epidemiología  
Infectoparasitología  
Inmunología y prácticas  
Inmunopatología  
Interpretación radiológica  
Introducción a la cirugía  
Introducción a la clínica  
Introducción a la clínica médica  
Introducción a la patología teórica, práctica  
topias  
Introducción a la terapéutica médica teórica  
tica  
Introducción a la terapéutica quirúrgica  
Introducción al diagnóstico

Laboratorio clínico  
Laboratorio médico

Medicina crítica  
Medicina física y de rehabilitación  
Medicina interna  
Medicina psicósomática  
Metabolismo y endocrinología  
Morfología e iniciación a la cirugía  
Músculo-esquelético

Necropsias  
Nefrología  
Nefrología y clínica  
Nefrourología  
Nervioso  
Neumología  
Neuroanatomía y neurología  
Neurología

Neurología clínica  
 Neurología teórica  
 Neurología y clínica  
 Neurología y neuroanatomía  
 Neurología y psiquiatría  
 Nosología  
 Nosología básica  
 Nosología básica integral  
 Nosología cardiovascular  
 Nosología de cardiología  
 Nosología de digestivo  
 Nosología de ginecología  
 Nosología de neurología  
 Nosología de obstetricia  
 Nosología de ortopedia y traumatología  
 Nosología de pediatría  
 Nosología de renal  
 Nosología de renal y urología  
 Nosología de respiratorio  
 Nosología ginecobstetricia  
 Nosología neurológica  
 Nosología pediátrica  
 Nosología quirúrgica  
 Nosología y clínica de aparato cardiovascular  
 Nosología y clínica de dermatología  
 Nosología y clínica de endocrinología y hematología  
 Nosología y clínica de ginecobstetricia  
 Nosología y clínica de infectología e inmunología  
 Nosología y clínica de oftalmología  
 Nosología y clínica de otorrinolaringología  
 Nosología y clínica de pediatría  
 Nosología y clínica de psiquiatría  
 Nosología y clínica de respiratorio  
 Nosología y clínica de traumatología y ortopedia  
 Nosología y clínica de urología y nefrología  
 Nosología y clínica del aparato digestivo  
 Nosología y clínica del sistema músculo-esquelético  
 Nutrición  
 Nutrición y endocrinología  
 Nutriología  
  
 Obstetricia  
 Obstetricia distócica y clínica  
 Obstetricia eutócica y clínica  
 Obstetricia teórica

Obstetricia y ginecología  
 Oftalmología  
 Oftalmología clínica  
 Oftalmología patología  
 Oftalmología y clínica  
 Oncología  
 Oncología clínica  
 Ortopedia  
 Ortopedia y traumatología  
 Otorrinolaringología  
 Otorrinolaringología clínica  
 Otorrinolaringología patológica  
 Otorrinolaringología y clínica

Patología  
 Patología cardiovascular  
 Patología clínica  
 Patología de digestivo  
 Patología de nefrourología  
 Patología de respiratorio  
 Patología del aparato digestivo  
 Patología del aparato respiratorio  
 Patología especial  
 Patología general  
 Patología general teórica y práctica  
 Patología general y especial  
 Patología humana  
 Patología médico-quirúrgica  
 Patología quirúrgica  
 Patología quirúrgica práctica  
 Patología vías genito-urinarias  
 Patología y autopsias  
 Patología y sistema músculo-esquelético  
 Patología y clínica de cardiología  
 Patología y clínica de dermatología  
 Patología y clínica de gastroenterología  
 Patología y clínica de ginecobstetricia  
 Patología y clínica de hematología  
 Patología y clínica de infectología  
 Patología y clínica de neumología  
 Patología y clínica de neurología  
 Patología y clínica de nutrición y endocrino  
 Patología y clínica de oftalmología  
 Patología y clínica de otorrinolaringología  
 Patología y clínica de ortopedia y traumato  
 Patología y clínica de pediatría

Patología y clínica de psiquiatría  
Patología y clínica de urología  
Patología y sistema músculo-esquelético  
Pediatria  
Pediatria clínica  
Pediatria patológica  
Pediatria teórica  
Pediatria y clínica  
Pediatria y somatometría  
Planificación familiar  
Práctica médico-quirúrgica  
Prácticas de patología  
Proctología  
Propedéutica  
Propedéutica clínica  
Propedéutico de urgencias médico-quirúrgicas  
Propedéutica médica  
Propedéutica médica-quirúrgica  
Propedéutica práctica  
Propedéutica quirúrgica  
Propedéutica radiológica  
Psicología  
Psicología, citología y práctica  
Psicología médica  
Psicopatología  
Psiquiatría  
Psiquiatría y clínica

Radiología  
Radiología clínica  
Rehabilitación  
Respiratorio  
Respiratorio clínica  
Respiratorio patología  
Reumatología

Salud mental  
Seminario de oncología  
Seminario de shock  
Seminario y propedéutica de la clínica  
Semiología  
Sistema cardiovascular  
Sistema digestivo  
Sistema endócrino  
Sistema nervioso  
Sistema renal

Sistema reproductor  
Sistema respiratorio

Técnica clínica médica  
Técnicas de laboratorio clínico  
Técnica operatoria  
Técnica quirúrgica en animales  
Técnica quirúrgica en cadáver  
Técnica quirúrgica teórica y práctica  
Técnicas quirúrgicas  
Técnicas y educación quirúrgica  
Terapéutica  
Terapéutica homeopática y repertorización  
Terapéutica médica  
Terapéutica médica general  
Terapéutica quirúrgica  
Terapéutica quirúrgica pre y postoperatoria  
Toxicología  
Traumatología  
Traumatología patología  
Traumatología práctica  
Traumatología y clínica  
Traumatología y cirugía abdominal  
Traumatología y ortopedia

Urgencias  
Urgencias médicas  
Urgencias médico-quirúrgicas  
Urología  
Urología clínica  
Urología patología  
Urología y clínica  
Uro-renal

ANEXO No. 2 (parte I)

PLAN DE ESTUDIOS 1982 - 1984., ESCUELA DE MEDICINA - UN.A.CH.

| MODULO PROPEDEUTIC                                      | MODULO I REPRODUCTO                     | MODULO II CREC Y DESA                                    | MOD. III NUTRICION  | MOD. IV INFECTOLOGI                                      | MOD. V HEMODINAMIA                 |
|---|---|--|---|--|------------------------------------|
| TEORIA  | 18 HRS/SEM                              | 21 HRS/SEM   | 19 HRS/SEM  | 18 HRS/SEM   | 15 HRS/SEM                         |
| PRACTICA  | 9 HRS/SEM                               | 11 HRS/SEM   | 13 HRS/SEM  | 5 HRS/SEM  | 15 HRS/SEM                         |
| CONTINENTAL VALORADOR CURRICULAR                        | ACT. TED. /VALOR                        | ACT. TED. /VALOR   | ACT. TED. /VALOR  | ACT. TED. /VALOR   | ACT. TED. /VALOR                   |
|   | 1) OPC. DE LA REPRD. /10 PTOS           | 1) GENETIC /5 PTOS                                       | 1) NUTRIOL /15 PTOS                                       | 1) PROPEDEUT INFECTOLOGI /10 PTOS                        | 1) MORFD. RES \CARD\RENAL /8 PTOS  |
|   | 2) GESTACION NORMAL /12 PTOS            | 2) DIRECCION Y DESARROL. /10 PTOS                        | 2) BOCA\ANEX Y ESOFAGO /10 PTOS                           | 2) INFECTOLO D\APA-RESP /10 PTOS                         | 2) ESTUD. DE GABINETE /6 PTOS      |
|   | 3) TRABAJO DE PARTO /10 PTOS            | 3) DIRECCION Y GENETIC /5 PTOS                           | 3) ESTOMAGO Y DUODENO /10 PTOS                            | 3) INFECTOLO D\APA-DIGES /10 PTOS                        | 3) HIPERTENS ARTERIAL /6 PTOS      |
|   | 4) TECNICA TOCO-GAL. /6 PTOS            | 4) ANECHO Y DOPPLER /10 PTOS                             | 4) INTES-DEL HIS-PANCREA /15 PTOS                         | 4) ENF. FEBRI DEL S.R.E. /10 PTOS                        | 4) INSUFICIE HEMODINAMIC /12 PTOS  |
|   | 5) MANEJO UN PRO-SAB. /10 PTOS          | 5) EPIDEMIOLOGIA /5 PTOS                                 | 5) INTEST-DE Y GRIOSO /10 PTOS                            | 5) ENF. INFEC DEL S.N.C. /5 PTOS                         | 5) SINDR. INF RESP\CARDIO /12 PTOS |
|   | 6) PUERPERIO FISIOLOGICO /8 PTOS        | 6) ANACRISIS Y SIG. FREN. /5 PTOS                        |   | 6) ENFERMEDA EXANTEMATIC /5 PTOS                         | 6) CARD. IZQU INSUF\CARD /6 PTOS   |
|   | 7) PATOLOGIA OBSTETRICA /12 PTOS        | 7) TUMORES GINECO /5 PTOS                                |   | 7) ENF. VENER Y GENITALES /5 PTOS                        | 7) ENF. BRONC PULMONARES /4 PTOS   |
|   | 8) PLANIFICACION FAMILIAR /5 PTOS       |  |   | 8) INFECTOLO DERMATOLOGI /10 PTOS                        | 8) CARDIOPAT CONGENITAS /4 PTOS    |
|   |   |  |   |  | 9) ENF. VASC CONG/4PTS             |
| EXAMEN MOD/20 PTS                                       | EXAMEN MOD/20 PTS                       | EXAMEN MOD/20 PTS  | EXAMEN MOD/20 PTS   | EXAMEN MOD/20 PTS  |                                    |
| ACT. PRACT  | ACT. PRACT                              | ACT. PRACT   | ACT. PRACT  | ACT. PRACT   |                                    |
| 1) LABORAT/2 PTOS<br>2) A-CLIN/3 PTS<br>3) PARTIC/2 PTS | 1) LABORAT/5 PTOS<br>2) A-INV-COM/3 PTS | 1) LABORAT/4 PTOS<br>2) CLIN/6 PTS<br>3) INVESTIG/10 PTS | 1) C-HOSP/5 PTS<br>2) LABOR/5 PTS<br>3) SERV-INVEST/5 PTS | 1) CLIN/18 PTS<br>2) LABOR/ACRED<br>3) SERV-INVEST/ACRED |                                    |
| TOT. -MOD=100   | TOT. -MOD=100                           | TOT. -MOD=100  | TOT. -MOD=100   | TOT. -MOD=100  |                                    |

ANEXO No. 2 (Parte II)

'PLAN DE ESTUDIOS 1982 - 1984., ESCUELA DE MEDICINA - UN.A.CH.'

| MODULO VI<br>PAT.Qx. I                 | MODULO VII<br>METABOLISMO                                 | MODULO VIII<br>PAT.Qx. II                                     | MODULO IX<br>MED.PSICOSO                  | MODULO X<br>INTERN.ROT.               |
|--|---|---|---|---------------------------------------|
| TEORIA => 15 HS/SE                     | 12 HRS/SEM  | 15 HRS/SEM  | 13 HRS/SEM                                | 10 HRS/SEM                            |
| PRACTI.=> 15 HS/SE                     | 8 HRS/SEM   | 15 HRS/SEM  | 10 HRS/SEM                                | 5 HRS/SEM                             |
| ACT. TEO.<br>/VALOR                    | ACT. TEO.<br>/VALOR                                       | ACT. TEO.<br>/VALOR   | ACT. TEO.<br>/VALOR                       | ACT. TEO.<br>/VALOR                   |
| 1) CIRUGIA<br>/20 PTS                  | 1) GEN. HIPO<br>Y GONADAS<br>/7 PTS                       | 1) OTORRINOL<br>/20 PTS                                       | 1) PROPEDEUT<br>PSICOSOCIAL<br>/30 PTS    | 1) REV. CASOS<br>CLINICOS             |
| 2) UROLOGIA<br>/20 PTS                 | 2) GLANDULAS<br>SUPRARRENAL<br>/4 PTS                     | 2) OFTALMOLO<br>/15 PTOS                                      | 2) SALUD<br>EMOCIONAL<br>/5 PTS           | 2) SESIONES<br>MED. DE UNID           |
| 3) TRAUMATOL<br>Y ORTOPEDIA<br>/18 PTS | 3) TIROIDES<br>/7 PTS                                     | 3) GINECOLOG<br>/25 PTOS                                      | 3) SALUD<br>FAMILIAR<br>/5 PTS            | 3) SEMINARIO<br>D/TEMAS MED           |
| 4) ANATOMIA<br>D/APAR/LOCO<br>/2 PTS   | 4) DIABETES<br>Y OBESIDAD<br>/13 PTS                      |   | 4) EQUILIBRI<br>CONDUCTUAL<br>/5 PTS      | 4) CUR. EDUC<br>MED. CONTINU          |
|  | 5) PARATIROI<br>/4 PTS                                    |   | 5) SEXOLOGIA<br>PSICOSOCIAL<br>/5 PTS     |                                       |
|  | 6) HEMATOPOY<br>ANEMIAS<br>/10 PTS                        |   | 6) INF. S.N.C<br>Y CONVULSIO<br>/5 PTS    |                                       |
|  | 7) ENF. PROLI<br>DE LA SANGR<br>/8 PTS                    |   | 7) TOXICOLOG<br>SOCIOLABORA<br>/5 PTS     |                                       |
|  | 8) TRANSTORN<br>HEMORRAGICO<br>/3 PTS                     |   | 8) DERMATOLO<br>PSICOLABORA<br>/5 PTS     |                                       |
|  | 9) INMUNOHEM<br>/4 PTS                                    |   |   |                                       |
|  | EXAMEN MOD/20 PTS   | EXAMEN MOD/20 PTS   | EXAMEN MOD/20 PTS                         |                                       |
|  | ACT. PRACT  | ACT. PRACT  | ACT. PRACT                                | ACT. PRACT                            |
|  | 1) A-CLIN/8 PTS<br>2) T-CIRUG/8 PTS<br>3) A-INV-COM/4 PTS | 1) A-CLIN/5 PTS<br>2) T-PAT-CLIN/5 PTS<br>3) A-INV-COM/10 PTS | 1) ACT-CLIN/15 PTS<br>2) INV-BIBLIO/6 PTS | 1) AC-CLIN/ACRED<br>2) GUARDIAS/ACRED |
|  | TOT. -MOD=100   | TOT. -MOD=100   | TOT. -MOD=100                             | TOT. -MOD=100                         |

\*\*\*\*\*  
 \* ENCUESTA DE EVALUACION CURRICULAR DIAGNOSTICA \*  
 \* \* \* \* \*  
 \*\*\*\*\*

No. |\_\_|\_|\_|

ELABORADA:

POR LOS ALUMNOS DE LA MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA (UAM-X), CON FINES DE ELABORACION DE TESIS. A FIN DE CONOCER A TRAVES DE ESTA ENCUESTA CUALES SON LAS EXPECTATIVAS PROFESIONALES DE LOS ALUMNOS Y OPINIONES DE LOS DOCENTES DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIAPAS (UNACH).

INSTRUCCIONES DE LLENADO

- 1.- A CONTINUACION SE PRESENTARAN 25 PREGUNTAS QUE PERMITIRAN CONTRIBUIR A LA EVALUACION CURRICULAR DE ESTA ESCUELA.
- 2.- LE PEDIMOS QUE MARQUE USTED CON UNA EQUIS ( X ) LA ATERNATIVA QUE MAS SE ASEMEJE A SU OPINION PERSONAL.
- 3.- EN LAS PREGUNTAS DONDE ENCUENTRE EL APELATIVO **\*\* POR QUE \*\*** LE PEDIMOS NOS EXPRESE SINTETICAMENTE SU OPINION AL RESPECTO LA CUAL SE CONSIDERA EXTREMADAMENTE IMPORTANTE.

\*\*\*\*\*  
 \* ACLARACION IMPORTANTE: \*  
 \* \* \* \* \*  
 \* LA INFORMACION AQUI OBTENIDA SERA UTILIZADA ESTRICTAMENTE CON FINES ACADEMICOS Y POR ENDE ES TOTALMENTE \*  
 \* CONFIDENCIAL. TODA ESTA INFORMACION QUE USTED NOS PUEDA PROPORCIONAR SERA DE MUCHA UTILIDAD PARA LA \*  
 \* ESCUELA DE MEDICINA DE LA UN.A.CH. Y PARA SU PROPIA FORMACION PROFESIONAL. \*  
 \* \* \* \* \*  
 \*\*\*\*\*

DATOS GENERALES

EDAD: \_\_\_\_\_ (años). SEXO: Masc |\_\_|. Fem |\_\_|. SEMESTRE QUE CURSA: \_\_\_\_\_ (Solo Alumnos).

ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_ (Solo Profesores). MATERIA QUE IMPARTEN: \_\_\_\_\_ (Prof.).

CUESTIONARIO

- 1.- BAJO EL SUPUESTO GENERAL DE QUE RECIBIERA IGUAL CANTIDAD DE INGRESOS ECONOMICOS, LE GUSTARIA TRABAJAR EN:  
 CONSULTORIO,  CLINICA DE CAMPO,  CLINICA PARTICULAR,  HOSPITAL,  OTROS.\*\*Especifique\*\*  
 POR QUE: \_\_\_\_\_
  
- 2.- USTED ATENDERIA PREFERENTEMENTE A:  CAMPESINOS,  ASALARIADOS\*\*EMPLEADOS ESTATALES\*\*,  TRABAJADORES INDEPENDIENTES\*\*Profesionistas,Comerciantes\*\*,  POLITICOS, EMPRESARIOS,  A TODOS.  
 POR QUE: \_\_\_\_\_
  
- 3.- COMO LE GUSTARIA TRABAJAR:  INDIVIDUALMENTE,  CON OTROS MEDICOS,  INTERDISCIPLINARIAMENTE (Psicologos,Sociologos,Nutricionistas...).  
 POR QUE: \_\_\_\_\_

4.- EN SU PRACTICA PROFESIONAL LE GUSTARIA TRABAJAR EN: ( ) UNICAMENTE EN MEDICINA CLINICA, ( ) MEDICINA CLINICA Y DOCENCIA, ( ) DOCENCIA E INVESTIGACION, ( ) MEDICINA CLINICA DOCENCIA E INVESTIGACION, ( ) SOLO INVESTIGACION, ( ) SOLO DOCENCIA.

POR QUE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.- LA PRACTICA MEDICA DEBERIA ESTAR ORIENTADA UNICAMENTE A LA MEDICINA CLINICA.

( ) TOTALMENTE DE ACUERDO. ( ) DE ACUERDO. ( ) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.  
( ) EN DESACUERDO. ( ) TOTALMENTE EN DESACUERDO.

POR QUE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6.- LA PRACTICA MEDICA DEBERIA ESTAR ORIENTADA A LOS ASPECTOS PREVENTIVOS DE LA MEDICINA.

( ) TOTALMENTE DE ACUERDO. ( ) DE ACUERDO. ( ) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.  
( ) EN DESACUERDO. ( ) TOTALMENTE EN DESACUERDO.

POR QUE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.- CONSIDERA QUE LA FORMACION DE MEDICO DEBE TOMAR EN CUENTA: ( ) QUE LA PREPARACION TEORICA SEA CONGRUENTE CON LA PRACTICA, ( ) QUE LA ACTIVIDAD TEORICO-PRACTICA CORRESPONDA A LA REALIDAD SOCIAL DE LA REGION, ( ) QUE SE TOMEN EN CUENTA LA POLITICA SANITARIA DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD.

**\*\*seleccione una, dos o todas las anteriores\*\* ESPECIFIQUE POR QUE:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8.- EN LA FORMACION DEL MEDICO EN CHIAPAS LO MAS IMPORTANTE ES QUE LA

ACTIVIDAD TEORICO PRACTICA CORRESPONDA A LAS NECESIDADES DE SALUD ENFERMEDAD DE LA POBLACION DEL ESTADO DE CHIAPAS.

( ) TOTALMENTE DE ACUERDO. ( ) DE ACUERDO. ( ) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.  
( ) EN DESACUERDO. ( ) TOTALMENTE EN DESACUERDO.

POR QUE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9.- CONSIDERA USTED QUE LA INVESTIGACION EN LA FORMACION DEL MEDICO ES: ( ) MUY IMPORTANTE, ( ) IMPORTANTE, ( ) POCO IMPORTANTE, ( ) NO ES IMPORTANTE.

**\*\*seleccione una \*\* ESPECIFIQUE POR QUE:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10.- LOS MEDICOS FORMADOS EN ESTA ESCUELA DEBERIAN PREPARARSE PARA: ( ) ATENCION COMUNITARIA, ( ) HACER LA ESPECIALIDAD, ( ) PARA TRABAJAR EN CONSULTORIOS PRIVADOS, ( ) PARA TRABAJAR EN HOSPITALES.

**\*\*seleccione una, dos o todas las anteriores\*\* ESPECIFIQUE POR QUE:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11.- CONSIDERA USTED QUE LA PREPARACION TEORICO-PRACTICA QUE LE PROPORCIONA ESTA ESCUELA EN SU FORMACION LO ESTA CAPACITANDO PARA TRABAJAR EN: ( ) HOSPITALES, ( ) CLINICAS DE CAMPO, ( ) CONSULTORIO MEDICO PRIVADO, ( ) CLINICA PARTICULAR.

**\*\*seleccione una, dos o todas las anteriores\*\* ESPECIFIQUE POR QUE:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12.- LA PREPARACION TEORICA ES SUPERIOR A LA PREPARACION PRACTICA EN ESTA ESCUELA.

( ) TOTALMENTE DE ACUERDO. ( ) DE ACUERDO. ( ) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.  
( ) EN DESACUERDO. ( ) TOTALMENTE EN DESACUERDO.

POR QUE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13.- CONSIDERA USTED QUE LA PREPARACION TEORICO-PRACTICA QUE LE PROPORCIONA LA ESCUELA, SE FUNDAMENTA PRINCIPALMENTE EN: ( ) CONOCIMIENTO DE LA MEDICINA CLINICA, ( ) CRITERIOS EPIDEMIOLOGICOS, ( ) TECNOLOGIA AVANZADA.  
\*\*seleccione una, dos o todas las anteriores\*\* ESPECIFIQUE POR QUE: \_\_\_\_\_

14.- ES NECESARIO REESTRUCTURAR EL PLAN DE ESTUDIOS DE ESTA ESCUELA.  
( ) TOTALMENTE DE ACUERDO. ( ) DE ACUERDO. ( ) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.  
( ) EN DESACUERDO. ( ) TOTALMENTE EN DESACUERDO.  
POR QUE: \_\_\_\_\_

15.- EL PLAN DE ESTUDIOS VIGENTE NO REQUIERE MODIFICACIONES.  
( ) TOTALMENTE DE ACUERDO. ( ) DE ACUERDO. ( ) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.  
( ) EN DESACUERDO. ( ) TOTALMENTE EN DESACUERDO.  
POR QUE: \_\_\_\_\_

16.- PARA REESTRUCTURAR EL PLAN DE ESTUDIOS SE REQUIERE LA PARTICIPACION DE: ( ) SOLO DOCENTES, ( ) ALUMNOS Y DOCENTES,  
( ) DOCENTES Y DIRECTIVOS, ( ) SOLO DIRECTIVOS Y EXPERTOS, ( ) DOCENTES, ALUMNOS, DIRECTIVOS Y EXPERTOS,  
( ) SOLO EXPERTOS.  
ESPECIFIQUE POR QUE: \_\_\_\_\_

17.- ESTARIA USTED DISPUESTO A PARTICIPAR EN UNA POSIBLE REESTRUCTURACION DEL PLAN DE ESTUDIOS.  
( ) TOTALMENTE DE ACUERDO. ( ) DE ACUERDO. ( ) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.  
( ) EN DESACUERDO. ( ) TOTALMENTE EN DESACUERDO.  
POR QUE: \_\_\_\_\_

18.- PARA UNA POSIBLE REESTRUCTURACION DEL PLAN DE ESTUDIOS ES IMPORTANTE TOMAR EN CUENTA LAS CONDICIONES DE SALUD  
ENFERMEDAD DEL ESTADO DE CHIAPAS.  
( ) TOTALMENTE DE ACUERDO. ( ) DE ACUERDO. ( ) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.  
( ) EN DESACUERDO. ( ) TOTALMENTE EN DESACUERDO.  
POR QUE: \_\_\_\_\_

19.- PARA UNA POSIBLE REESTRUCTURACION DEL PLAN DE ESTUDIOS ES NECESARIO TOMAR EN CUENTA LA POLITICA DE LOS  
SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE CHIAPAS.  
( ) TOTALMENTE DE ACUERDO. ( ) DE ACUERDO. ( ) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.  
( ) EN DESACUERDO. ( ) TOTALMENTE EN DESACUERDO.  
POR QUE: \_\_\_\_\_

20.- LAS POSIBILIDADES DE EMPLEO DE LOS EGRESADOS SON EL FACTOR MAS IMPORTANTE A TOMAR EN CUENTA EN UNA POSIBLE  
REESTRUCTURACION DEL PLAN DE ESTUDIOS.  
( ) TOTALMENTE DE ACUERDO. ( ) DE ACUERDO. ( ) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.  
( ) EN DESACUERDO. ( ) TOTALMENTE EN DESACUERDO.  
POR QUE: \_\_\_\_\_

21.- EL AÑO DE INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO ES LA FASE MAS IMPORTANTE DE LA FORMACION PROFESIONAL DEL MEDICO.  
( ) TOTALMENTE DE ACUERDO. ( ) DE ACUERDO. ( ) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.  
( ) EN DESACUERDO. ( ) TOTALMENTE EN DESACUERDO.  
POR QUE: \_\_\_\_\_

22.- EL AÑO DE SERVICIO SOCIAL ES UNA PARTE NECESARIA EN LA FORMACION PROFESIONAL DEL MEDICO.  
( ) TOTALMENTE DE ACUERDO. ( ) DE ACUERDO. ( ) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.  
( ) EN DESACUERDO. ( ) TOTALMENTE EN DESACUERDO.  
POR QUE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

23.- LAS PRACTICAS HOSPITALARIAS DURANTE LOS MODULOS SON INDISPENSABLES EN LA FORMACION PROFESIONAL DEL MEDICO.  
( ) TOTALMENTE DE ACUERDO. ( ) DE ACUERDO. ( ) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.  
( ) EN DESACUERDO. ( ) TOTALMENTE EN DESACUERDO.  
POR QUE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

24.- LAS PRACTICAS EN LA COMUNIDAD DURANTE LOS MODULOS SON INDISPENSABLES EN LA FORMACION MEDICA PROFESIONAL.  
( ) TOTALMENTE DE ACUERDO. ( ) DE ACUERDO. ( ) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.  
( ) EN DESACUERDO. ( ) TOTALMENTE EN DESACUERDO.  
POR QUE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

25.- LA REALIZACION DE UNA PRACTICA DE INVESTIGACION EN CADA MODULO ES INDISPENSABLE EN LA FORMACION MEDICA.  
( ) TOTALMENTE DE ACUERDO. ( ) DE ACUERDO. ( ) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO.  
( ) EN DESACUERDO. ( ) TOTALMENTE EN DESACUERDO.  
POR QUE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MUCHISIMAS GRACIAS POR SU AMABLE COLABORACION EN EL DESARROLLO DE ESTA INVESTIGACION.