



CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DE ESTUDIOS AVANZADOS DEL
INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

SEDE SUR

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES EDUCATIVAS

**De lo medular a lo modular: formación de médicos en el
Sistema Modular de la Universidad Autónoma
Metropolitana Unidad Xochimilco**

Tesis que presenta

ALUMNO

Alan Jesús Camacho Rodríguez

Tesis que presenta

Para obtener el grado de

Maestra en Ciencias en Investigaciones Educativas

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Rosalba Genoveva Ramírez García

Para la elaboración de esta tesis se contó con el apoyo de una beca Conacyt

Agradecimientos

Para mí madre que siempre me apoyó, a pesar de no entender muchas veces por qué me encontraba tan lejos.

Gracias eternas a mi asesora Rosalba Ramírez por la paciencia, la comprensión y el apoyo. Su apoyo siempre humano será agradecido durante toda la vida por nosotros, sus estudiantes.

A las profesoras del DIE por sus clases maravillosas, en especial a Inés Dussel, Laura Cházaro y Elsie Rockwell.

Gracias a mis compañeros de generación por alentarme, enseñarme e impulsarme siempre con su apoyo y largas charlas, en especial a Gerardo, Dira, Michelle y Karla.

Agradecimientos por los comentarios oportunos y enriquecedores a las doctoras Sylvie Didou, Inés Dussel, Susana Ayala y a mi compañera de generación Fernanda Fraga, lectoras de este trabajo.

A Isela por su acompañamiento incondicional, sus palabras de aliento y sus abrazos de contención para impulsarme a cerrar esta etapa.

Resumen

La formación de médicos en México ha estado sujeta a diversos debates en las últimas décadas para conformar un perfil acorde con las necesidades del sistema de salud en el país. Una propuesta de formación innovadora a mediados de la década de 1970 fue la carrera de medicina con una orientación social propuesta por la UAM Xochimilco.

Esta tesis se centra en analizar el desarrollo del proceso de construcción curricular de la formación de médicos en el Sistema Modular (SM) de la UAM Xochimilco. Para realizar el análisis recuperamos elementos teóricos e históricos sobre el desarrollo institucional de la licenciatura de Medicina en la UAM-X. Nos centramos en analizar entrevistas realizadas a estudiantes de la primera generación de la carrera que años después se incorporaron como docentes de la licenciatura y trabajaron en los primeros años de la construcción del modelo modular. También analizamos la entrevista realizada a un docente con menos antigüedad cuya formación en medicina en otros espacios institucionales permite establecer relaciones y contrapuntos sobre la formación en la carrera. Asimismo, realizamos entrevistas a estudiantes de recientes generaciones cuyas prácticas clínicas permiten identificar las huellas del proceso de construcción de la carrera de medicina en el sistema modular.

Abstract

The training of physicians in Mexico has been subject to various debates in recent decades to shape a profile in line with the needs of the health system in the country. An innovative training proposal in the mid-1970s was the medical career with a social orientation proposed by the UAM Xochimilco.

This thesis focuses on analyzing the development of the curricular construction process of medical training in the Modular System (SM) of the UAM Xochimilco. In order to carry out the analysis, we recovered theoretical and historical elements on the institutional development of the UAM-X medical career. We focused on analyzing interviews with students of the first generation of the career who years later joined as teachers of the degree and worked in the early years of the construction of the modular model. We also analyzed the interview with a less senior faculty member whose training in medicine in other institutional spaces allows us to establish relationships and counterpoints on training in the career. Likewise, we conducted interviews with students

of recent generations whose clinical practices allow us to identify the traces of the construction process of the medical career in the modular system.

Índice

Introducción	13
Aspectos metodológicos y conceptuales	15
Entrevistas	16
Capítulo 1.- Antecedentes de la institucionalización de la Medicina Social en México	22
1.1.- Cambios en el modelo de formación de médicos y sus expresiones en la escuela de medicina mexicana.....	23
a. 1.1.2.- El modelo Flexneriano y su implantación en la Escuela de Medicina mexicana	24
1.2.- Los esfuerzos de la OPS para la institucionalización del modelo de formación en Medicina social en latinoamericana.....	31
Capítulo 2. La construcción de la propuesta y la puesta en acto del Sistema modular en la licenciatura de medicina de la UAM-X	42
2.1.- La construcción de la institución UAM-X	42
b. 2.1.1.- El Documento Xochimilco	44
2.2 Promoción, re-interpretación y apropiación del modelo Xochimilco	53
c. 2.2.1 La formación de docentes a la par de la construcción del Sistema Modular	58
2.3.- La construcción colectiva de una medicina orientada a lo social en la UAM-X.....	59
Capítulo 3: Vicisitudes en la construcción del SM en la licenciatura de medicina	69
3.1.- Debates internos en la definición del perfil.....	69
A) La discusión de enseñanza de la medicina a través de grupos operativos	69
b) La complejidad de la investigación formativa en el campo	72
c) Pérdida de docentes medulares en la construcción de lo modular.....	76
d) Desaparición de programas de formación docente.....	78
e) Claudicación de docentes claves para el desarrollo del SM.....	81
f) Las Prácticas clínicas prematuras y la participación comunitaria	84
3.2.- La otra batalla: contra la idea del especialista	90
Capítulo. 4.- Demandas externas al modelo de formación médica en la UAM-Xochimilco	94
4.1.- La acreditación de la licenciatura de medicina de la UAM-X: implicaciones en el proceso de formación	95
A) El estudio en las aulas modulares:.....	108
b) La experiencia en las prácticas clínicas	110
c) Capacidad de Resiliencia de los estudiantes	115

Reflexiones Finales	118
Bibliografía	124
Anexo	129

Introducción

El presente trabajo de tesis se desprende del interés académico y personal por investigar y comprender qué era eso del denominado Sistema Modular (SM) en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, donde yo me había formado como psicólogo, y cómo se practicaba en otros espacios de la universidad. Indagando un poco en la historia, encontré que la licenciatura base del Sistema Modular de la UAM-X había sido la carrera de medicina, que la propuesta había surgido en un contexto muy particular, con actores dentro de la unidad con un interés social y político muy interesante. Mi primera impresión al saber de este origen fue de sorpresa, ya que por diversos motivos no vinculaba a medicina con el proyecto de sistema modular de la UAM-X. A mi parecer, era una propuesta formativa donde parecía más difícil que se llevara a cabo eso que yo había aprendido que eran las clases modulares, es decir, donde existía un debate grupal constante para comprender los procesos de socialización que eran configurados bajo la lógica del sistema modular que se basaba en un diálogo y discusiones de manera directa y horizontal que conllevaba una organización del espacio diferente, en círculo, a la manera de grupos operativos que trabajan en torno a objetivos específicos. En medicina, al pasar por los pasillos y mirar hacia las aulas siempre observaba que la ordenación de sus mesas y sillas era por filas, como en el método tradicional de cátedra. Eso para mí decía mucho del seguimiento al modelo del SM. Esto llamó mi atención y me llevó a investigar qué había pasado en medicina de la UAM-X para encontrar lo que, a primera vista, tanto de docentes como estudiantes parecía una actividad distante del proyecto educativo y político en el cual se había originado el SM.

Otro motivo que me movió a seguir interesado en conocer qué es lo que había pasado en medicina es el haberme encontrado con blogs escritos por estudiantes de medicina de la UAM-X. Dichos blogs contenían historias con cierto grado de polémica un tanto polémicas de lo que significaba vivir como estudiante de medicina de la UAM-X en espacios como las clínicas y hospitales, donde compartían prácticas con estudiantes de otras instituciones formadoras de médicos. En esos blogs narraban las críticas que recibían por parte del personal del hospital que los guiaba en sus prácticas y también de compañeros estudiantes de otras instituciones formadoras de médicos por provenir de una institución donde, según tales críticas, se le daba poca prioridad a la teoría médica, a sus fundamentos clínicos y mucha más importancia a la práctica en los espacios de

atención a la salud (Dr UAM-X)¹; Crónicas de un estudiante de la UAM-X, 2011). Por este tipo de narraciones y otras razones, mi interés creció y fue así que me propuse estudiar cómo se formaban los estudiantes de medicina en la UAM-X.

El objetivo de esta tesis es analizar y comprender cómo se instituyó la licenciatura en medicina en el Sistema Modular de la UAM-X, y qué dinámicas tanto internas como externas a la universidad han incidido en el proyecto de formación de médicos. Para ello, consideramos necesario responder los siguientes cuestionamientos:

- ¿En qué contexto nacional e internacional de la formación médica surge la propuesta del Sistema Modular para la formación de médicos en la UAM-X?
- ¿Qué desafíos enfrentó la institucionalización de la licenciatura de medicina en el SM en los primeros años de su creación?
- ¿Cómo fue recibida esta propuesta en la medicina mexicana, y cuáles fueron los primeros aportes de la formación de médicos en el SM?
- ¿Qué procesos se conjugaron para que este modelo educativo de formación de médicos experimentara cambios importantes en la década de los noventa?

Este trabajo presenta una revisión histórica del proceso de institucionalización de la medicina en el SM de la UAM-X. La recolección de datos que dan sentido a esta tesis se realizó mediante un análisis documental, centrado en textos sobre la fundación y puesta en marcha de la licenciatura, así como en entrevistas a profundidad realizadas a estudiantes de la primera generación de la carrera que luego se insertaron como profesores de esa licenciatura de medicina. También se realizó una entrevista a un profesor de la carrera que se formó en otra institución y que estuvo en los primeros lustros de la licenciatura. El trabajo se complementó con entrevistas a estudiantes de generaciones recientes que permitieron identificar experiencias de formación en dicha carrera y, de manera particular, las relacionadas con sus prácticas en clínicas y hospitales.

¹ <http://druam-x.blogspot.com/>

Aspectos metodológicos y conceptuales

Para la obtención de datos que dieran cuerpo y justificación a esta investigación se optó por dos métodos de investigación. Por un lado, el análisis de textos institucionales que refieren al establecimiento institucional y de la práctica del SM y el análisis de textos teóricos referidos a las problemáticas del nacimiento de la medicina social, al concepto de formación, a la noción de currículum, al análisis institucional, entre otros, que se incorporaron en los diferentes capítulos para tejer la narrativa de la investigación.

Una noción de especial relevancia para este trabajo es la de Currículum. Para comprender cómo se entiende esta noción en una institución de educación superior, nos apoyamos en el análisis que hace Alfredo Furlán (1999) para reflexionar sobre la misma. En una revisión histórica, Furlán refiere que existieron distintos tipos de propuestas en el ámbito universitario en Latinoamérica debido a distintos motivos, entre ellos, la masificación de las universidades que conllevó la acelerada incorporación de profesores con poca o nula experiencia en docencia. El currículum sirvió como instrumento para orientar un proyecto de enseñanza, pero no se reduce al plan de estudios plasmado en un documento. Comprende un conjunto de decisiones y acciones sobre sus contenidos, formas de trabajo, articulación entre módulos, cursos o unidades de enseñanza y aprendizaje, para su apropiada gestión en la institución y en las aulas. De acuerdo con Furlán:

[El currículum] no es sólo el plan, también es práctica realizada, experiencias realizadas; y no es sólo de estudios, sino que más bien es un proyecto de promoción de experiencias, es un proyecto de promoción de aprendizajes [que requiere] tratar de que el conjunto de las acciones de enseñanza que la institución promueve sean coherentes con lo que el proyecto formula (Furlán, 1999, p. 5-6).

Esta definición nos apoya para analizar cómo en la licenciatura de medicina de la UAM-X la idea del currículum no solo sirvió para diseñar un plan, sino también para proyectar, modificar y reapropiar un conjunto de experiencias pedagógicas que se plantearon como centrales en el recorrido de los estudiantes por la universidad, buscando ir más allá de un compendio de materias inscritas en un plan de estudios, promoviendo experiencias fuera de las aulas, como lo han sido la investigación y el trabajo en las clínicas.

De acuerdo con Furlán (1999), al utilizar la expresión currículum debemos utilizarla con mente abierta, en este sentido, nos invita a imaginar formas organizativas del trabajo de los estudiantes, ir más allá de solo pensar en la tarea del estudio en términos clásicos (Furlán, 1999, p. 7). El nuevo proyecto de la UAM-X exigía un trabajo colegiado que priorizara los acuerdos del grupo de docentes; más que la acción individual del profesor o profesora, planteaba la necesidad de una actividad plural de los profesores en torno a un propósito común (Furlán, 1999, p. 8). Esto nos hace mucho sentido, ya que en la UAM-X desde el inicio se convocó a diversas comisiones para diseñar los planes de estudios, que a la postre fueron configurando el currículum, es decir, el recorrido de experiencias educativas que tanto profesores como estudiantes debían promover durante el recorrido académico en la carrera de medicina.

Por otra parte, es pertinente recuperar otro elemento señalado por Furlán (1999, p. 8) cuando menciona que el currículum puede también ser concebido como un instrumento de adaptación de la escuela ante nuevas demandas del mercado. En este sentido, durante el trabajo observamos cómo en la licenciatura de medicina se expresaban las modificaciones, específicamente en el plan de estudios, para atender las recomendaciones y demandas que el gremio médico mexicano establecía, con importantes consecuencias en el proyecto original y en el recorrido que los estudiantes debían alcanzar al finalizar sus estudios. Para este trabajo la idea de currículum es muy importante, ya que nos permite pensar cómo se movilizan las premisas del proyecto educativo en la UAM-X, más allá del plan de estudios, en busca de formar a médicos con perspectivas en un principio de la medicina social.

Entrevistas

Una fuente importante para el desarrollo de la investigación se centró en la realización de entrevistas a profundidad, semiestructuradas. Era de suma importancia recuperar la voz de los involucrados en la construcción de la propuesta del Sistema Modular en la carrera de medicina de la UAM-X. Tomamos como referencia para el desarrollo de las entrevistas a profundidad la reflexión de Arfuch (2002, p.178), que subraya su “carácter dialógico, conversacional, interactivo, que hace del encuentro entre sujetos una escena fundante de la investigación”, con el propósito de acceder a información relevante sobre la problemática a abordar, desde lo que señalan quienes participaron en los primeros

años de la carrera. Elegimos este método, ya que consideramos que era adecuado para conocer la experiencia en el SM de los profesores entrevistados.

Entrevistamos a profesores de la UAM-X involucrados en la construcción y puesta en marcha de la licenciatura de medicina. El propósito, en un inicio de la investigación, era conocer el estado actual de medicina en la UAM-X a partir de la voz de estudiantes y profesores. Sin embargo, en el encuentro con los datos, fue necesario hacer ajustes a la investigación y redirigir el análisis hacia el proceso constructivo de la licenciatura de medicina; hacia los primeros años, para identificar las dimensiones centrales de la propuesta formativa, así como aspectos y procesos que fueron modificando y desarticulando las bases de la propuesta original. Fui estudiante en la UAM-X y eso me permitió entrar en contacto directo con dos profesores involucrados en la construcción de la propuesta de medicina, ellos a su vez me refirieron a otros profesores con los que entré en contacto mediante correo electrónico, explicándoles sobre el proyecto e invitándoles a realizar una entrevista. De la misma manera procedí con dos profesoras involucradas en la Coordinación Académica de la licenciatura. En uno de los casos, no fue posible realizar la entrevista por cuestiones de salud, y en el segundo, no hubo respuesta. Por último, es necesario destacar que varios profesores que hubiéramos querido entrevistar y que hubieran dado un gran aporte a la investigación han fallecido, y otros no contestaron los correos para concretar alguna entrevista.

Del conjunto de profesores entrevistados, el análisis se centra en cinco profesores: cuatro de ellos han estado vinculados con la licenciatura de medicina en las primeras dos décadas; una quinta entrevista corresponde a un profesor con menos antigüedad en la UAM-X, no más de una década en la institución, y su relato interesa porque ofrece una mirada crítica sobre la carrera de medicina en el Sistema Modular. Se trata de un docente que rota constantemente entre la docencia en la licenciatura de medicina y el tronco común de la División de Ciencias biológicas y de la salud. Como mencionamos líneas arriba, el trabajo se complementó con entrevistas a cuatro estudiantes de generaciones recientes con quienes entré en contacto a partir de la técnica de bola de nieve.

Entrevistados		Fecha de entrevista
Mario	Profesor	26/2/2019
Carmen	Profesora	24/5/2022
Ernesto	Profesor	23/1/2020
Víctor	Profesor	16/8/2019
Javier	Profesor	13/2/2019
Diego	Estudiante	22/2/2019
Iker	Estudiante	23/2/2019
Omar	Estudiante	26/2/2019
Jordán	Estudiante	20/07/2019

Es necesario recalcar que, a excepción del profesor Javier, los profesores entrevistados formaron parte de la planta docente de la licenciatura de medicina a principios de los años ochenta, una época muy particular tanto para la medicina mexicana, como para la propuesta de formación de médicos en la UAM-X, ya que en ese momento estaba en boga en Latinoamérica el reconocimiento de la importancia de la formación de primer nivel de atención a la salud, derivada de la Medicina social. Sin embargo, también estos mismos profesores ya no continuaron en la licenciatura en tiempos donde la propuesta de formación de médicos en México redirigió los esfuerzos hacia una medicina que intentaba colocar en el centro a las ciencias básicas en los planes de estudio de formación, cuestión que contrastaba con el plan original de la licenciatura. Por protección a los profesores y estudiantes entrevistados, hemos omitido sus nombres reales, sustituyéndolos por seudónimos.

El análisis de las entrevistas se ha complementado con el análisis de documentos institucionales y estudios realizados en la propia UAM-X acerca del funcionamiento del Sistema Modular. Entre los documentos institucionales revisados, destacan los dedicados a los orígenes y fundación del Sistema Modular en la UAM-X, los momentos considerados relevantes en la construcción del modelo, revisiones internas acerca de su funcionamiento, los cuadernos de formación de profesores en las lógicas del Sistema Modular, los talleres de diseño curricular, entre otros importantes materiales.

La estructura de esta tesis se conforma de cuatro capítulos. El objetivo de los mismos es mostrar diversos aspectos que fueron marcando el desarrollo del proyecto de formación en esa licenciatura. En el primer capítulo, “Antecedentes de la institucionalización de la Medicina Social en México” son analizados diversos elementos históricos que configuran la propuesta. En un primer momento, se ofrece un breve panorama sobre la formación médica en México, el tránsito de la medicina francesa a la medicina norteamericana de Abraham Flexner en las primeras décadas del siglo XX. Ese cambio implicó la modernización de la formación médica en el aprendizaje de ciencias básicas y un contacto constante con la práctica clínica. Posteriormente, indagamos cómo surgió y qué postulaba la propuesta de medicina social para Latinoamérica y, de manera particular, para México, y cómo esta corriente de la medicina social, promovida desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la década de los sesenta proponía que la atención de las enfermedades en las poblaciones latinoamericanas se diera bajo un enfoque que incluyera en las políticas de formación y de atención a la salud, la influencia de las condiciones de vida de dichas poblaciones, sus contextos históricos, económicos, sociales y culturales. Finalmente, en este capítulo, analizaremos cómo esta propuesta aterrizó directamente en la creación de la UAM-X, bajo el impulso de actores importantes de la OPS que después fueron los encargados de escribir el documento fundacional de la universidad.

En el segundo capítulo, “*La construcción de la propuesta y la puesta en acto del Sistema modular en la licenciatura de medicina de la UAM-X*”, analizamos en un primer momento el Documento Xochimilco que dio origen a la Unidad Xochimilco, el cual contiene fundamentos de la medicina social y una concepción sobre la atención de las enfermedades. Asimismo, una vez que se abrieron las puertas de la universidad, ponemos de relieve el fuerte trabajo colectivo en la construcción, re-interpretación y apropiación del SM en la licenciatura de medicina por parte de los docentes fundadores y de los alumnos de las primeras generaciones. De igual manera, analizamos los primeros frutos del trabajo que estudiantes y docentes realizaron en las comunidades como una expresión de la idea de medicina social movilizada en la UAM-X y que pugnaba por un trabajo de intervención social en el ámbito de la salud.

En el tercer el capítulo, “*Vicisitudes en la construcción del SM en la licenciatura de medicina*”. Este apartado descansa en un trabajo de revisión documental y de análisis de entrevistas a diversos actores involucrados. En él, estudiamos distintas dinámicas,

tanto internas como externas, que fueron propiciando modificaciones en el plan de estudios de la licenciatura de medicina y en el perfil de médico que se formaba en la UAM-X. Veremos cómo, a finales de los ochenta e inicio de los noventa, la salida de varios profesores fundadores y de algunos de los herederos de la propuesta, tuvo como consecuencia la deriva del proyecto original y de la apuesta por una medicina volcada principalmente a la atención y comprensión de las enfermedades a partir de un enfoque social y también político.

El cuarto capítulo, “*Demandas externas al modelo de formación médica en la UAM-Xochimilco*”, de manera particular, se analiza cómo las demandas externas provenientes de organismos acreditadores del campo de la medicina mexicana a inicios de los noventa, con su visión hegemónica sobre el perfil de formación de médicos, propiciaron un desplazamiento en la formación de medicina de la UAM-X hacia una enseñanza médica más centrada en la transmisión de contenidos especializados en ciencias básicas, situación que fue generando, de manera no declarada, cierto debilitamiento del proyecto original en relación con los aspectos de carácter social en el diagnóstico y la prioridad en la atención primaria de las enfermedades. Esto puso en jaque a la UAM-X ya que su propuesta educativa no estaba centrada en el aprendizaje primordial de las ciencias básicas sino que, estaba abocada a comprender las problemáticas de salud mediante la inclusión y el estudio de aspectos de la realidad social. Esto provocó diversas tensiones dentro de la licenciatura de medicina y, hasta cierto punto, una crisis que propició un gradual debilitamiento del proyecto original y una reorientación no planeada de los esfuerzos educativos del SM. Esta situación es particularmente visible a través de los relatos de estudiantes de generaciones recientes, quienes narran sus experiencias sobre las prácticas en clínicas y hospitales.

Finalmente, en las conclusiones se verterán, una vez expuestos los análisis e interpretación de los datos, reflexiones sobre la problemática que atañe a la formación médica en el SM. Se hará hincapié en algunas causas profundas que han modificado las lógicas originales de la licenciatura en el contexto de la medicina mexicana, y las razones por las cuales dicha licenciatura no ha terminado por responder ni a la demanda externa ni tampoco a lo planteado en su proyecto original. Dichas razones quizá harían necesario repensar cómo se articula la orientación del modelo de formación en medicina en el sistema modular de la UAM-X con las prácticas en hospitales especializados.

Capítulo 1.- Antecedentes de la institucionalización de la Medicina Social en México

Este capítulo tiene como objetivo proponer un breve recorrido sobre el desarrollo de la formación médica en México, principalmente desde la década de los años treinta, cuando inicia la llamada *modernización* de la medicina, hasta inicios de la década de los setenta, momento en el que se crea la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco (UAM-X). Abordaremos, en un primer momento, el análisis del documento *Medical Education in the United States and Canada* o mejor conocido como *El Informe Flexner*², documento que instauró nuevas concepciones en la formación de médicos en Estados Unidos, y que, además, con el paso de las décadas, tuvo un peso significativo en la definición del perfil de formación del médico americano y también del mexicano. Rescataremos los principales puntos que la entonces Escuela Nacional de Medicina de la actual Universidad Nacional de México retomó en la década de los treinta de este documento para renovar esa principal institución de formación médica mexicana.

Posteriormente, analizaremos la emergencia de una nueva orientación en la formación de médicos en los años sesenta y setenta en Latinoamérica. La institucionalización de la llamada medicina social en la formación de médicos fue promovida principalmente por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Finalmente, para el cierre del capítulo, analizaremos cómo esta nueva corriente de la medicina social encontró una de sus expresiones más emblemáticas en el surgimiento de la licenciatura de medicina en la UAM-X.

² Trata del documento publicado en 1910 por Abraham Flexner, mismo que fue patrocinado por la Fundación Carnegie donde el autor analiza las condiciones de la educación médica en Estados Unidos y Canadá en la primera década del siglo pasado y en la cual analiza las problemáticas derivadas de la sobreproducción de médicos formados en escuelas de carácter comercial que proliferaron desde finales del siglo XIX. Este informe trajo como consecuencia el cierre de 82 escuelas de 150 que existían y, a su vez, impulsó la mejora sustancial de la calidad de la formación en las escuelas de medicina en esta región en la primera mitad del siglo XX (Goic, 2006, pp. 111-112).

1.1.- Cambios en el modelo de formación de médicos y sus expresiones en la escuela de medicina mexicana

Para comprender el surgimiento del modelo educativo de la UAM-X, es necesario revisar y ubicar algunos elementos importantes en el desarrollo histórico de la educación médica en México en el siglo XX, misma que ha vivido transiciones a partir de las influencias provenientes de países extranjeros, particularmente de Francia y de Estados Unidos.

La educación médica en México durante la segunda mitad del siglo XIX y al menos las primeras tres décadas del XX estuvo mayormente influida no solo por teorías y avances clínicos franceses, sino también por empresas farmacéuticas, medicamentos e instrumentos de intervención médica del país galo (Hersch, 1998, p. 2). Diferentes médicos mexicanos que impartían clases en la Escuela Nacional de Medicina³ importaron textos y técnicas terapéuticas de los principales médicos franceses como Alexandre Manquat, Louis Berlioz, Louis Renon, Lucien Leclerc, entre otros^{4,5}

Dichos textos, leídos en la Escuela Nacional de Medicina, promulgaban la filosofía médica francesa del siglo XIX. Por ejemplo, se retomaba la definición de Berlioz de terapéutica médica:

[...] la ciencia médica directamente encaminada a la curación de las enfermedades, tomando como punto de partida no sólo los libros, sino,

³ Con diversos antecedentes a su ubicación en 1842 en el antiguo Palacio de la Inquisición, en el centro de lo que hoy es la Ciudad de México, la Escuela Nacional de Medicina fue el recinto donde continuamente se modernizaba la enseñanza de la medicina mexicana, al ser pionera en incorporar nuevas áreas de conocimiento y especialidades. Por ello, ha sido la institución que ha pautado en gran medida la formación médica mexicana, ya que ahí es donde han llegado del extranjero los nuevos avances médicos en técnicas, utensilios y filosofía terapéutica. Cf. "La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Pionera en América Latina y líder regional en la formación de recursos humanos para la salud" [http://www.facmed.unam.mx/fm/historia/evolucion#:~:text=En%201821%20la%20Real%20y,M%C3%A9xico%20se%20convirti%C3%B3%20en%20Nacional.&text=A%20un%20a%C3%B1o%20de%20su,Anna%20\(1794%2D1876\)](http://www.facmed.unam.mx/fm/historia/evolucion#:~:text=En%201821%20la%20Real%20y,M%C3%A9xico%20se%20convirti%C3%B3%20en%20Nacional.&text=A%20un%20a%C3%B1o%20de%20su,Anna%20(1794%2D1876)) Consultado el 15 julio de 2020; véase también Laura Cházaro (2011), "Políticas del conocimiento: los silencios de los obstetras mexicanos sobre las razas y los sexos, fines del siglo XIX" *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. <http://journals.openedition.org/nuevomundo/61053> Consultado el 20 de julio de 2020.

⁴ Para una información detallada de cómo la terapéutica médica francesa intervino en México se recomienda consultar el texto de Paul Hersch Martínez "La influencia de la fitoterapia francesa en México y el cometido de una terapéutica individualizada" México- Francia: Memoria de una sensibilidad común siglos XIX-XX. Tomo I [en línea]. México: Centro de estudios mexicanos y centroamericanos, 1998 (generado el 06 mayo 2019). Disponible en Internet: <<http://books.openedition.org/cemca/4078>>. ISBN: 9782821855649.

⁵ Para una muestra de esta influencia podemos ver que los principales textos de terapéutica médica que se impartían en la Universidad Nacional (actualmente la UNAM) durante este periodo eran obras francesas como la *Terapéutica y Arte de Formular* de Trousseau y Pidoux (1870), *Historia de Guibourt* (1872), *Farmacia galénica* de Souberain (1872), *Terapéutica* de Rabuteau (1876), *Farmacia Elemental* de Andouard (1876), *Terapéutica Aplicada* de Fonsagrives (1881), *Historia de Drogas* de Planchón (1881), y *Terapéutica* de Nothnagel y Rosbach (1888) (Hersch, 1998, p. 3)

y sobre todo, al lecho del enfermo, donde el rol del terapeuta no podía reservarse meramente a recetar una u otra droga, sino a comprender con exactitud desórdenes causados por la enfermedad y luego buscar la reparación de ellos modificando el ejercicio de las funciones fisiológicas” (Berlioz en Hersch, 1998, pp. 8-9)

Es decir, el médico se debía centrar en encontrar los mecanismos adecuados para la intervención de las enfermedades y en adaptar los medios terapéuticos al contexto individual del enfermo y no solamente a las características de la enfermedad. Los médicos franceses reconocían la diversidad de métodos terapéuticos a los cuales podían recurrir. Manquat identificaba cuatro: *Terapéutica de la enfermedad o nosocrática*, *Terapéutica reparadora*, *Terapéutica orgánica y funcional*, y *Terapéutica sintomática*: todas contenían los matices necesarios para la aplicación de una individualización terapéutica (Hersch, 1998, p. 10). Los mecanismos de curación utilizados en la medicina francesa consistían en remedios mayormente de origen natural que intentaban regular las funciones del organismo del enfermo hasta encontrar su estabilidad.

El modelo médico francés podía ser considerado idóneo en relación con la medicina tradicional mexicana, que basaba sus remedios en plantas medicinales autóctonas, procurando adecuar los medios terapéuticos a las condiciones del paciente. Esta forma de comprender la intervención médica en el enfermo fue la que perduró durante poco más de 50 años en la Academia Nacional de Medicina en México (Hersch, 1998, p. 3).

1.1.2.- El modelo flexneriano y su implantación en la Escuela de Medicina mexicana

La transición de la terapéutica médica francesa a la instauración del modelo de medicina norteamericana tiene como punto de inflexión la publicación del *Informe Flexner* en 1910. Dicho documento fue un parteaguas no solo para la medicina mexicana, sino para gran parte de la medicina occidental. La inclusión de esta nueva filosofía médica, que apostaba por una medicina dividida por especialidades, comenzó a cimentarse en México en los años previos al inicio de la segunda guerra mundial, y hoy en día sigue vigente tanto en nuestro país como en gran parte del mundo. Sus concepciones, sus métodos didácticos, sus planes de estudio y sus libros de texto influyeron de manera importante en la educación médica en México (Revista Nexos, 1978).

El documento de Abraham Flexner fue patrocinado por la Fundación Carnegie y registró un fuerte impulso en la promoción del cientificismo en Estados Unidos, debido al esfuerzo en aquel país para "resolver los problemas sociales por medios técnico-científicos y de llevar el progreso a toda la población, usando el modelo capitalista" (Yazlle, 1980, p. 326). El informe Flexner tuvo como propósito principal intervenir fuertemente en la organización educativa para la formación de médicos y en el proceso de reforma del sistema organizacional de salud de Estados Unidos y Canadá.

Juan Yazlle (1980), médico brasileño, destaca la influencia del *Informe Flexner* a partir de cuatro características principales: 1) recomienda una reforma en la distribución de la enseñanza médica; 2) introduce nuevos enfoques conceptuales de tratamiento médico; 3) plantea la centralidad del hospital en la formación de médicos y médicas; y 4) observa la necesidad de consolidar la ciencia en la práctica médica. En relación con estos aspectos, el mismo autor señala que:

1) "La enseñanza médica se renovó en un primer momento al instaurar un plan de estudios mínimo de cuatro años de duración, además de introducir actividades de investigación dentro del programa de enseñanza (binomio "enseñanza-investigación"), así como pautar trabajo de tiempo completo para las facultades de medicina dividiendo el plan de estudios en un ciclo básico y en otro clínico" (Yazlle, 1980, p. 326).

2) Con respecto a los cambios conceptuales de tratamiento, Flexner introdujo la racionalidad de considerar al cuerpo humano como una máquina cuyo funcionamiento podía corregirse con instrumentos. Puso énfasis en el estudio de sistemas y órganos, por separado, excluyendo la visión total del cuerpo, y sugirió comenzar a tratar la enfermedad como un proceso meramente biológico priorizando la causalidad social del diagnóstico y la terapia (Yazlle, 1980, p. 326).

3) Asimismo, desde la perspectiva flexneriana, el hospital asumió un papel central en la formación médica e investigación clínica. Además de que las universidades debían tener contacto directo con el hospital, se dividieron dos campos de gestión dentro de la estructura hospitalaria, uno encargado de la administración y otro encargado de los departamentos que coordinaban las actividades de asistencia, enseñanza e investigaciones (Yazlle, 1980, p. 326).

4) Por último, esta propuesta de medicina científicista considera que el enfermo está constituido por células y órganos, relegando el ambiente externo (social) en la comprensión de los procesos salud-enfermedad. Colocó, además, en el centro a la investigación científica para la detección y atención de las enfermedades, excluyendo la participación de los métodos curativos y preventivos tradicionales (Yazlle, 1980, pp. 326- 327).

Sobre las cuestiones pedagógicas asociadas a la enseñanza de la medicina, el artículo de *Cuadro clínico de la enseñanza médica mexicana*, de la revista Nexos (1978), ofrece una rica información al respecto, al mencionar que el auge del positivismo médico a partir de la medicina flexneriana, encontró expresión en tres elementos:

1) se apartó la anterior concepción del cuerpo humano como un organismo integrado, para sustituirla por la yuxtaposición de sistemas relacionados entre sí, es decir, se enfatizó el estudio y el tratamiento de sistemas y órganos individuales con exclusión de un enfoque sobre la totalidad del cuerpo humano.

2) en términos de esta reforma, la investigación científica cerró toda consideración sobre las causas sociales de las enfermedades, ya que los fenómenos colectivos quedaron fuera del ámbito de lo que se consideraba científico.

3) el diagnóstico y la terapéutica empezaron a realizarse mediante un enfoque del organismo como máquina, facilitando así una aproximación instrumentalista del cuerpo. Las partes individuales del organismo debían ser examinadas y tratadas sin la intervención o afectación del resto del organismo. Esto también conllevó la aplicación de principios estadísticos en el estudio del cuerpo humano (Nexos, 1978, s/p).

Esta reforma fue retomada en gran medida por muchos países en el mundo, y México no fue la excepción. Podemos ubicar a la Escuela Nacional de Medicina desde mediados del siglo XVI como el centro del desarrollo de la formación médica en México, y fue en este recinto donde se gestó el proceso de transición de la medicina francesa a la norteamericana, teniendo a los años veinte y treinta del siglo pasado como los momentos iniciales.

Para dar cuenta de este paso a la medicina flexneriana, retomaremos al médico mexicano Paul Hersch Martínez⁶ en su texto “*La influencia de la fitoterapia francesa en México y el cometido de una terapéutica individualizada*”, donde ilustra esa transición dentro de la Escuela Nacional de Medicina. El autor ubica que en las diversas administraciones de dicha Escuela entre los años veinte y treinta del siglo pasado se puede observar la evolución de esta transición. En 1924, el médico Fernando Ocaranza comienza a dirigir la Escuela de Medicina y con ello se incorpora un enfoque fisiológico ante los problemas terapéuticos al agregar nociones de farmacología. Posteriormente en 1933, llega a la dirección de la Escuela de Medicina el cardiólogo Ignacio Chávez, quien impulsa con mayor claridad la reforma de educación médica al modificar el plan curricular, la estructura física y administrativa de la institución:

Disminuyen los estudios anatómicos y las lecciones teóricas de patología y se incrementan las asignaturas clínicas. La escuela fue dotada de auditorio, de laboratorios y biblioteca, y de anfiteatro para disecciones anatómicas. A la llegada de Chávez se introducen las clínicas de especialidades, en un programa más orientado para el ejercicio en las ciudades y la práctica intrahospitalaria (Córdoba 1981, citado en Hersch, 1998, p. 5)

Chávez, además, envió a varios médicos mexicanos a seguir su formación en distintas ciudades de Estados Unidos para que a su regreso a México fueran parte del Instituto Nacional de Cardiología que se inauguró en 1944 (Córdoba 1981, en Hersch, 1998, p. 5). Durante la década de los treinta, a la llegada de Lázaro Cárdenas a la presidencia del país, se promovieron los servicios de salud pública al inaugurar diversos institutos como la Coordinación de Servicios Sanitarios en 1934, el Hospital de enfermedades respiratorias en 1936, el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales en 1939, entre otros; también registraron continuidad los programas de salud que, de acuerdo con Rodríguez (1998, s/p) venían desde la década previa con campañas de vacunación y de moralización⁷, además de un fuerte apoyo a la atención médica rural

⁶ Médico egresado de la UAM-X, mismo que se ha inclinado a trabajar sobre temas de Antropología médica, centrandó el interés en “las entidades nosológicas y la epidemiología sociocultural, por la historia social de la terapéutica, así como por los actores sociales de la flora medicinal en México” (México- Francia, 2019).

⁷ En estos años se vivió en buena parte del país, pero sobre todo en la capital, una fuerte campaña de promoción de salud para combatir la sífilis, lo cual incluyó una campaña moralizadora que probablemente no tuvo mucho éxito debido a que el número de prostitutas y prostíbulos aumentó tras la crisis económica causada por la guerra (Rodríguez, 1998, s/p).

que, entre otras cosas, estableció como obligatorio el servicio social médico en el último año de formación.

En paralelo a estos intentos del gobierno mexicano de mejorar las condiciones de salud de la mayor cantidad de población posible, se estaba gestando la transición a la medicina flexneriana en la Escuela de Medicina. Consideramos que entre las bondades de la medicina flexneriana para la época en la que se empezó a implementar se pueden mencionar el fomentar un acelerado desarrollo técnico y científico en los hospitales, lo que también posibilitó la investigación y la atención de enfermedades complejas de la población. Sin embargo, el establecimiento de la perspectiva flexneriana en la Escuela de Medicina en México se inició, no sin antes recibir críticas dentro de la misma institución pues veían en este modelo un problema grande para la práctica médica mexicana. Un ejemplo lo encontramos en lo planteado por el docente Teófilo Ortiz Ramírez en 1934, quien criticaba las limitaciones de esta reforma por el hecho de no priorizar la formación para el contacto directo del médico con la realidad inmediata del paciente, además de promover poca práctica médica, quedándose en lo deductivo. Sobre este tema señalaba:

Flexner no ha comprendido todo el valor del método natural; lo ha mirado con lente, estudió los detalles amplificándolos y se le escapó la recia estructura y la solidez del conjunto [...] nos dice que el estudiante de arquitectura no comienza por observar al arquitecto o por ayudarlo a trazar planos: que se contenta con estudiar matemáticas, dibujo. Pero Flexner no sabría indicarnos qué anomalía pedagógica y qué daño encierra el que su estudiante ideal de arquitectura contemple cómo se arman unos andamios, de qué manera mezcla el albañil la cal y la arena y que sepa distinguir un teodolito de un grafo y obtener una copia azul. (Ortiz Ramírez 1934, citado en Hersch, 1998, p. 4)

Para Ortiz, la perspectiva de la medicina flexneriana restringe las posibilidades para que el médico que se encuentra en el proceso de formación pueda desarrollar el proceso inductivo en el conocimiento de las condiciones del entorno social de los pacientes enfermos, misma que desde la perspectiva francesa era el centro del método terapéutico.

Aunado a esto, los nuevos textos que se debían estudiar en la Facultad de Medicina de la UNAM (antes Escuela Nacional de Medicina), provenientes de la medicina científica propuesta por Flexner, no alcanzaban para comprender las enfermedades comunes en México. En el artículo antes mencionado de la revista Nexos (1978) se analizaron algunos de los libros de texto que se impartían ya en la Facultad de Medicina durante la década de los cincuenta para dar cuenta de la desvinculación de dichos textos con la realidad que vivía la población mexicana en términos del tipo de enfermedades que le aquejaban. Es el caso de la obra norteamericana el “*Manual de microbiología médica*”, estudiada en la Facultad de Medicina a principios de la década de los cincuenta. En el mencionado texto, se presentaban explicaciones sobre microorganismos que no eran los de mayor incidencia en México:

En uno de sus capítulos el futuro médico mexicano debe memorizar las propiedades biológicas de los agentes de enfermedades como la fiebre de las Montañas Rocallosas, la fiebre del Mediterráneo, la enfermedad del Norte de Asia, la enfermedad de Queensland, la fiebre Q y la fiebre de las trincheras. Pero el libro dedica menos de cuatro páginas a las salmonelas, causantes de algunas de las gastroenteritis más comunes en México (Nexos, 1978, s/p).

Lo mismo sucedía con los textos de parasitología, donde se encontraban datos irrelevantes para el caso mexicano. En los textos de farmacología se encontraba una mayor desvinculación, ya que había nombres de medicamentos de patente que ni siquiera existían en México. Contrario a esto, los textos de infectología, además de ser escritos por mexicanos, sí presentaban contenidos relevantes para atender las enfermedades infecciosas más frecuentes, aun cuando los datos epidemiológicos de México eran escasos (Nexos, 1978, s/p)

De igual manera, los servicios de salud de las distintas especialidades médicas que seguían el modelo norteamericano en algunos países latinoamericanos no eran los idóneos para atender a las poblaciones, entre otras razones, porque las poblaciones no requerían en gran medida de estos servicios de salud especializados que ofrecían

atención de tercer nivel. En cambio, sí se demandaban servicios de atención de primer y segundo nivel⁸.

En las universidades no tenían los suficientes recursos para efectuar la formación demandada por el modelo flexneriano, debido a que se requería necesariamente de una infraestructura hospitalaria amplia tanto para la investigación como para la formación clínica, misma que suponía contar con una base económica importante que la gran mayoría de países latinoamericanos no poseía (Yazlle, 1980, p. 327).

Podemos poner de ejemplo lo sucedido en Brasil a mediados de los sesenta, donde fue necesaria la readaptación de la enseñanza a la práctica médica que se vivía en aquel país. Se empezó por incorporar a los estudiantes de medicina a los sistemas sociales de atención médica tales como los de previsión social, salud pública, etc., sustituyendo así al hospital clínico flexneriano super especializado, por una red de servicios dedicados a los niveles primario y secundario, principalmente, para acercar a los médicos en formación a la realidad profesional que vivirían (Yazlle, 1978, pp. 328-329).

Sin embargo, para llegar a lo sucedido en Brasil, se necesitó de un apoyo a nivel regional, una reforma que diera cuenta de las realidades de los sistemas de salud. Aunque como mencionamos al principio del capítulo, el modelo flexneriano de educación médica aún sigue vigente en la medicina hegemónica tanto del mundo como de México, el proceso histórico de la formación médica en México y Latinoamérica, en general, empezó a registrar un cambio de rumbo en esta filosofía en las décadas de los setenta y ochenta, con el surgimiento de propuestas de formación de médicos con un perfil diferente. Trataremos más adelante esta etapa en la cual la licenciatura de medicina de la UAM-X forma parte importante de este cambio de mirada.

⁸ Existe la diferenciación de los niveles de atención médica. Son tres por el momento, el primer nivel de atención: también llamado "atención primaria", es el más elemental de los tres niveles, es decir, es el primer contacto con los pacientes, y consiste en la atención médica en comunidades, centros de salud, o donde sea requerido, debido a que las unidades médicas son ambulatorias. Su estructura puede ser desde uno o varios consultorios, ya sean públicos o privados, hasta alcanzar a toda la población; el segundo nivel de atención es una red de hospitales para enfermedades que requieren de atención especializada. Los procedimientos realizados son de mediana complejidad y se ofrece tratamiento a pacientes referidos desde el primer nivel de atención; y el tercer nivel de atención, son los hospitales de alta especialidad, los que requieren mayor conocimiento o tecnología específica para atender los problemas de salud. Atienden enfermedades de baja prevalencia y alto riesgo, así como enfermedades complejas. En los mismos también se llevan a cabo actividades de docencia e investigación. (meditips, <https://www.meditips.com/2018/02/28/los-tres-niveles-atencion-salud/> Consultado el 20 de agosto del 2020.

En este apartado señalamos cómo el modelo de enseñanza flexneriano se instauró dentro del proceso histórico de la formación médica en México en la primera parte del siglo XX. Sin embargo, dicho modelo fue discutido y criticado por un organismo de salud que se consolidaba en Estados Unidos, y que sería determinante para promover una formación médica diferente en Latinoamérica: la OPS⁹. Dicho organismo consideraba que tanto las escuelas de medicina como la práctica médica carecían de recursos y el modelo que se seguía no era el más adecuado para atender los problemas de salud de las poblaciones. En el siguiente apartado, abordaremos el cambio hacia una institucionalización de la Medicina Social en Latinoamérica, comandada por la OPS.

Es importante este organismo en esta reconstrucción, ya que fue en sus instalaciones en Washington, Estados Unidos, donde se empezó a producir no sólo la idea de una Medicina Social latinoamericana, sino donde inició la escritura de las primeras páginas del documento que daría origen al modelo educativo de la UAM-Xochimilco.

1.2.- Los esfuerzos de la OPS para la institucionalización del modelo de formación en Medicina social en latinoamericana

Como ya vimos en el apartado anterior, la formación médica en México encierra en su desarrollo histórico diversas perspectivas provenientes de países extranjeros con desarrollo histórico muy distinto al mexicano. La intervención por parte de la OPS desde la década de los cincuenta se orientó a promover una medicina que correspondiera a las necesidades de los distintos países de Latinoamérica. Enseguida analizaremos cómo la OPS intentó profesionalizar e institucionalizar la medicina social en los países latinoamericanos.

⁹ Organismo afiliado a la Organización Mundial de la Salud (OMS). Desde 1949 se ha dedicado a coordinar y establecer políticas para los sistemas de salud de 36 países americanos. Su sede principal se encuentra en Washington, Estados Unidos y tiene oficinas representativas en 27 países. Cuenta con científicos y expertos en materia de salud pública que cooperan con los gobiernos americanos para promover la atención primaria en salud (OPS, 2019). “La OPS generalmente «no» crea a nivel científico y técnico, sino que difunde sobre todo «ideas» o procedimientos que mejoran el potencial físico y mental del ser humano” (García, 2007, p. 159).

A principios de la década de los cincuenta del siglo pasado la OPS se estableció como tal teniendo la encomienda¹⁰ de promover en Latinoamérica diversas acciones:

[...] la cooperación técnica directa para prevenir, controlar y erradicar las enfermedades y promover la salud; estimular la investigación; capacitar y adiestrar personal de la salud, e informar a los profesionales y a la población sobre los aspectos científicos, técnicos y sociales de la salud (Historia de la OPS, 2019)

La OPS retomaba los estatutos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual recomendaba para la región promover una enseñanza de la medicina preventiva, debido a que el desarrollo del comercio, la agricultura y la industria habían destacado el valor del *hombre* como elemento fundamental del progreso por su capacidad productiva. La salud fue considerada uno de los ejes imprescindibles para la economía general de un país, y a la medicina le correspondería mantener a los adultos en condiciones para contribuir a la producción activa y asegurar un desarrollo óptimo a los niños (Oficina Sanitaria Panamericana, 1957, p. 1). Los primeros esfuerzos de la OPS se volcaron a la elaboración de un diagnóstico para comprender el estado de los sistemas de salud y de la formación médica, para después intervenir con proyectos para la región.

Una de las primeras tareas que realizó la recién establecida OPS para la región fue investigar qué sucedía en los países latinoamericanos en materia de la educación médica. Para ello, convocaron a dos seminarios, uno organizado en Chile (1955) y el otro en México (1956), que contaron con la participación de casi todas las escuelas de medicina del continente. Estas presentaron sus problemáticas y suscribieron recomendaciones sobre aspectos que había que mejorar para la enseñanza de la medicina preventiva (García, 1969: p. 267). Los años posteriores trascurrieron sin mayores expresiones sobre una postura y acciones a poner en práctica por parte de las escuelas participantes en los seminarios y de la propia OPS.

¹⁰ Otros organismos estadounidenses, como la Fundación Rockefeller y la Fundación Milbank, entre otros, entraron en esta cruzada al invertir en el mejoramiento de los sistemas de salud de la región latinoamericana. En el reparto de responsabilidades la OPS tomó las riendas para marcar el rumbo de los esfuerzos educativos de la gran mayoría de las escuelas de medicina en centro y sur de América. "La OPS se encargó de la modernización de la enseñanza de la medicina preventiva y social, mientras que la Fundación Rockefeller creó y apoyó pequeñas escuelas modelos en zonas relativamente aisladas de los grandes centros urbanos nacionales. La Fundación Milbank se concentró en las ciencias en salud sociales y el Punto IV incorporó científicos sociales especialmente antropólogos en sus programas de acción" (García, 2007, p. 154).

En la siguiente década aparecieron por parte de la OPS proyectos más focalizados hacia el mejoramiento de los sistemas de salud pública como el Plan Decenal de Salud Pública en 1961. Proponía sistemas de salud nacionales que no solo estuvieran en boga en las discusiones de los especialistas en el tema sino que, también identificaba temas centrales a resolver conforme con las preocupaciones expresadas por los jefes de Estados latinoamericanos (Historia de la OPS, 2019). Sin embargo, fue hasta 1964 cuando la OPS retomó las discusiones y propuestas sobre la enseñanza médica vertidas en aquellos seminarios de la década anterior. El deseo de la OPS por reformar la enseñanza de la medicina en el continente fue impulsado en un inicio por expertos en materia educativa agrupados en un Comité Asesor que trabajaría en torno a “los principios y técnicas apropiados para estudiar la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en la América Latina (García, 1969: 268)”. Dicho grupo se ocuparía en un primer momento de estudiar la situación de la enseñanza de la disciplina médica de carácter social en 15 escuelas de distintos países latinoamericanos para hacer un muestreo sobre las condiciones que se vivían en las mismas. En marzo de 1967, a partir de los resultados del estudio piloto, el Comité Asesor aprobó la realización de un estudio macro para trascender el proyecto inicial, que atendiera las siguientes condiciones: 1) que fuera explicativo en lugar de descriptivo; y 2) que el foco de la investigación estuviera en la enseñanza de la medicina preventiva. Fue en ese tiempo cuando Juan César García¹¹ llegó a la OPS. Él sería el responsable de coordinar el estudio, mismo que por su importancia equivaldría al Informe Flexner, pero ahora con otro enfoque y realizado en países latinoamericanos. García fue uno de los principales impulsores de la Medicina Social en el continente en el siglo XX. En años posteriores a este estudio sería el ideólogo principal de la propuesta del Sistema Modular (SM) de la UAM-X.

Para la realización del macro estudio se capacitó a profesionales médicos que pertenecían a asociaciones nacionales de escuelas de medicina y algunos docentes que

¹¹ Nacido en Necochea, Argentina en 1932 fue médico y especialista en Pediatría por la Universidad de La Plata y Sociólogo por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales en Chile. Desde muy joven destacó por sus intereses en la investigación social dentro de la medicina y su influencia en la sociología médica emergida en Estados Unidos. A los 34 años ingresa a trabajar como asistente de investigación en Harvard y un año después a la OPS en el programa de Recursos Humanos. Entre sus aportes más importantes a la Medicina Social en Latinoamérica se encuentra la formulación que realizó junto a Ramón Villarreal y Roberto Ferreira del Documento Xochimilco que fuera el modelo educativo de la UAM-X en 1974. De acuerdo con Ramón Villarreal, Juan César García fue: “una conjunción de ideólogo, de científico y de hombre de acción” (Portillo, 1994, p. 205). Murió prematuramente en 1984, dejando en ese mismo año como último artículo publicado: “Juan César García entrevista a Juan César García”, un texto central de la Medicina Social en el cual se pregunta y se contesta a sí mismo cuestiones históricas, sociales y educativas en la conformación de esta corriente en Latinoamérica.

aplicaron los cuestionarios y otras técnicas de recolección de datos. De esta manera, el estudio se llevó a cabo a finales de 1967 y principios de 1968 en más de 100 escuelas de países latinoamericanos: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam, Uruguay y Venezuela (García, 1969, p. 268).

En 1969 el médico García presentó el documento “Características generales de la educación médica en la América Latina” ante la XIX Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, en la cual se dieron a conocer los primeros resultados de dicho estudio. Es un texto en el cual se hace la advertencia sobre desajustes importantes que repercutían directamente sobre la educación médica:

Uno de ellos era el desbalance entre el sistema de enseñanza media y sistema de educación médica debido a que anualmente existe un aumento acelerado en la demanda de aspirantes y admitidos en la licenciatura de medicina. A pesar de ello, el número de estudiantes formados como médicos no alcanzaba a subsanar las demandas reales de la población debido a los pocos centros de salud, hospitales y clínicas existentes. Se consideraba que esto generaría a futuro una presión política fuerte al sistema educacional médico (1969, pp. 310-312).

Como solución, García (1969) consideraba que se requería de una inversión mayor destinada a ampliar recursos humanos y materiales en las escuelas existentes y en las que se abrieran a futuro. También consideraba la necesidad de una mayor diversificación de la oferta en medicina, con la creación de facultades de ciencias de la salud; asimismo, destacaba la importancia de ofrecer una orientación vocacional desde la enseñanza media con el fin de dirigir la demanda hacia otras profesiones. Otro desajuste tenía que ver con la relación del sistema de educación superior y de educación médica.

García identificaba una falta de diversificación de carreras y la existencia de un mercado laboral que no estimulaba el desarrollo de nuevas áreas de conocimiento. Señalaba que escuelas y universidades vivían desligadas de las necesidades establecidas en los planes nacionales de desarrollo. En particular, en las carreras de

medicina registraba tres desajustes constantes que incidían en la vida académica: a) una proporción de estudiantes rezagados en su desempeño académico, en la gran mayoría de las escuelas no se requería la participación de tiempo completo de los estudiantes, había un importante sector de estudiantes que trabajaban y atendían una gran cantidad de materias, lo que dificultaba la vida académica; b) el predominio de docentes contratados de manera parcial, sin una remuneración justa, obligaba a éstos a buscar actividades laborales complementarias del ingreso económico, situación poco favorable para el desarrollo de la vida académica.

Un tercer desajuste se registraba en la relación entre el sistema de servicios de la salud y el sistema de educación médica. En general, García (1969) identificó que la educación médica en Latinoamérica presentaba desfases en el número de graduados requeridos por los sectores de salud en los diferentes países. El número de médicos graduados no alcanzaba a cubrir las necesidades planteadas por el sistema nacional de salud. La baja relación de médico por habitante planteaba la necesidad de trabajar en la educación médica en un horizonte de largo plazo orientado a la planificación en la formación de recursos humanos para la salud (1969, pp. 310- 312).

La importancia del estudio realizado por García (1969) estriba en haber identificado diversas problemáticas en la educación médica en los países latinoamericanos que, a la postre, serían repensadas para conformar diversos diseños curriculares de la licenciatura de medicina social latinoamericana, incluyendo la propuesta específica que aterriza en la UAM-X.

A la par de este esfuerzo de la OPS, en los años sesenta diversos grupos (académicos, trabajadores en el campo de la salud, movimiento de trabajadores, estudiantes y otros movimientos populares en Latinoamérica) expresaron una crítica a las malas condiciones que reinaban en la salud pública de distintos países y, como respuesta, se planteaba la necesidad de promover mejores sistemas de salud. La crítica era en su mayoría al modelo desarrollista de aquella época que, si bien mejoró algunas condiciones económicas y educativas de algunos países latinoamericanos, no impidió que la capacidad de atención de la población en los sistemas de salud decreciera, como se observaba en algunos indicadores registrados por Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada y Elías (2002, p. 129).

Podemos encontrar en estos años un fuerte discurso por parte de la OPS para profesionalizar la medicina social. Es decir, ante el encuentro de las necesidades en cuestión de salud de la población latinoamericana se buscaba reconfigurar la orientación en la atención médica, por una que comprendiera y atendiera los problemas de salud a partir de las problemáticas sociales que intervenían en los procesos de salud y enfermedad. Podemos ubicarla en contraposición con la ya mencionada medicina flexneriana, debido a que promulgaba la “necesidad de prestar atención a los «determinantes sociales» de los procesos de salud-enfermedad-atención, así como a las desigualdades en la distribución de los servicios de atención médica” (Galeano, Trotta, Spinelli, 2011, p. 286). La OPS apostaba porque las escuelas de medicina latinoamericanas dejaran de enfocarse en las premisas flexnerianas que promovían una formación médica en busca de la especialización y la separación del diagnóstico de la enfermedad sin considerar la influencia del medio social. Dicha propuesta se fue organizando y gestando paulatinamente a través de diversos debates en y por la OPS.

Es importante acotar lo que significa la implantación de una nueva forma de ejercer la medicina, y, por ende, también los nuevos sentidos en los procesos de formación que se intentan institucionalizar. Traemos a cuenta a José Joaquín Brunner (1985) en relación con lo que conlleva la institucionalización de una disciplina:

[...] significa un cambio o una innovación, primero que todo, en el campo intelectual; en los modos hasta entonces existentes de su organización y funcionamiento. Representa, por tanto, mucho más que una inflexión en la historia de las ideas. En verdad, la institucionalización de una nueva actividad intelectual importa un cambio en la estructura que regula la producción de discursos y puede resultar en una diferente valoración de los discursos previamente emitidos (Brunner, 1985, p. 75)

La medicina que imperaba en las lógicas de formación en la región estaba centrada en el tratamiento de los efectos orgánicos que provocaba la enfermedad omitiendo la consideración de las condiciones sociales de la población. En este sentido, las ciencias sociales aplicadas a la salud que aparecían en las bibliografías para la educación médica, fueron cuestionadas por Juan César García, por estar concentradas en un enfoque de “ciencias de la conducta”, por su metodología positivista y por utilizar el término conducta que invisibilizaba la raíz histórica de la acción humana (Galeano,

Trotta y Spinelli, 2011, p. 297). En 1972, en los esfuerzos por institucionalizar la formación en medicina social se reunieron García y varios médicos en Cuenca, Ecuador, donde tomaron una postura crítica con respecto al marco teórico que imperaba en los contenidos sociales aplicados en las ciencias de la salud. Sobre esa experiencia, el estudio realizado por Galeano, Trotta y Spinelli (2011) recupera lo manifestado por el grupo de médicos en esa reunión:

[...] la "aplicación del análisis funcionalista a los problemas de la salud", así como las visiones reduccionistas de los trabajos basados en el paradigma de la historia natural de la enfermedad y en los estudios de los determinantes de la conducta individual, contribuían todos a una "concepción estática" y a una "descripción formalista" de los procesos de salud (Nunes, 1986, citado en Galeano, Trotta y Spinelli, 2011, p. 297).

Ante esto, Juan César García promovió continuamente reflexiones sobre cómo aplicar las ciencias sociales en la salud. En el XXIII Congreso Internacional de Sociología en 1972, expuso una conferencia que llamó "Las ciencias sociales en medicina", y en el artículo que recoge lo planteado en dicha conferencia, expone que la enfermedad y la estructura social están ligadas inevitablemente:

La enfermedad es el resultado de la interacción de una serie de elementos, que han sido reunidos en tres categorías: condiciones del ambiente, factores del huésped y, cuando existe, el agente específico. Por ejemplo, la tuberculosis es el resultado del ataque del bacilo de Koch y de ciertas condiciones que afectan la inmunidad de las personas frente a dicho agente. En otras palabras, el bacilo aparece como causa necesaria, pero no suficiente de la enfermedad. Estas condiciones cuya interacción entre sí y con el agente específico producen la enfermedad, son las que se encuentran desigualmente distribuidas entre los grupos que constituyen una sociedad. La distribución desigual de elementos que contribuyen a la producción de la enfermedad se produce en sociedades donde predominan modos de producción en que existen relaciones de explotación, es decir clases sociales antagónicas. [...] La desigualdad en la distribución no

depende de la diferente capacidad del individuo, sino de la propiedad que tenga de los medios de producción (García, 1994, s/p).

Para García, la relación entre enfermedad y estructura social era indisociable, y para un abordaje desde esta perspectiva se tenía que empezar a promover un nuevo enfoque de la medicina: la llamada medicina social, misma que tenía la intención de comprender las problemáticas en los procesos de salud y enfermedad con herramientas de las ciencias sociales.

Es por ello por lo que el proyecto de medicina social de la OPS, comandado en gran medida por Juan César García, buscaba reformar la enseñanza médica orientándola hacia la comprensión de problemáticas sociales relacionadas con la salud en los núcleos poblacionales tanto urbanos como rurales de los países latinoamericanos. La llamada medicina social no fue una corriente de pensamiento nueva, ya existía en Europa desde mediados del siglo pasado. En palabras de Juan César García:

1848 es el año de nacimiento del concepto de Medicina Social. Es también el año de los grandes movimientos revolucionarios en Europa. Al igual que las revoluciones, este concepto surge casi simultáneamente en varios países europeos. [Se] trataba de señalar que la enfermedad estaba relacionada con «los problemas sociales» y que el Estado debería intervenir activamente en la solución de los problemas de salud. Asimismo, el término de Medicina Social se entrelazaba con las nuevas concepciones cuantitativas sobre la salud y la enfermedad, abandonando la visión de la diferencia cualitativa entre estos estados. Así, la medicina social aparece como una concepción «moderna», adecuada a las nuevas formas productivas que se estaban desarrollando en Europa” (García, 2007, pp. 153-154).

Sin embargo, como movimiento en Latinoamérica tuvo expresiones particulares, según lo destacan Galeano, Trotta y Spinelli (2011):

[...] surgió a partir de una mirada crítica con relación a estos saberes heredados (higienismo, medicina preventiva, medicina comunitaria) marcando la necesidad de prestar atención a los «determinantes sociales» de los procesos salud-enfermedad-atención, así como a las desigualdades en la distribución de los servicios de atención médica.

Esta renovación estuvo estrechamente ligada a un creciente diálogo de la medicina con las ciencias sociales, en particular con la sociología y la historia (Galeano, Trotta y Spinelli, 2011, p. 286).

Dicho dialogo entre dos campos que parecían distantes fue impulsado desde la OPS principalmente por Juan César García. De origen argentino, tuvo una formación en ciencias sociales y experiencias asociadas al contexto político de su nación, donde las universidades en los años cincuenta estaban confrontadas con el peronismo¹². Se formó en la FLACSO bajo el auspicio de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Para García, dicho organismo buscaba crear una “masa crítica” de científicos sociales a través de diversos mecanismos (Galeano, Trotta y Spinelli, 2011, p. 294). Dicha formación le permitió tener experiencias pedagógicas alternativas, como las que vivió con Heintz en la FLACSO, donde:

[...] la enseñanza se organizaba a partir de la transmisión de contenidos vinculados a la teoría sociológica, metodología, técnicas de investigación y aspectos empíricos del desarrollo económico y social. Esto suponía la participación de los alumnos en investigaciones concretas que buscaban integrar teoría, metodología e investigación empírica en un mismo proceso (Galeano, Trotta y Spinelli, 2011, p. 294).

Esto termina siendo interesante, ya que García integra estos mismos elementos pedagógicos en la construcción de lo que sería la propuesta de formación en medicina social, y a la postre, la conformación de la licenciatura de medicina en la UAM-X.

En 1972, Juan César García publicó el libro “La Educación médica en la América Latina” en donde expone el informe ampliado y detallado de lo que había señalado tres años antes en la Reunión del Consejo Directivo de la OPS. Dicho libro fue un parteaguas en la educación médica latinoamericana. La investigación a profundidad que realizó García sobre las condiciones institucionales en las que se encontraban las escuelas de medicina en la gran mayoría de países de Latinoamérica aportó valiosa información. Así como en su momento lo hiciera Flexner, García describió en este libro su propuesta para

¹² Para una lectura a profundidad sobre la trayectoria de vida de Juan César García léase “Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social” de Diego Galeano, Lucía Trotta y Hugo Spinelli (2011). En dicho artículo se aborda, a partir de la lectura de escritos de García, entrevistas a familiares, amigos y colegas y de una rica revisión documental, basada en recortes periodísticos y su correspondencia en los años de participación en la OPS.

reformular la formación de médicos, pero en este caso desde la medicina social, tomando en cuenta tanto las condiciones de las instituciones encargadas de la formación como la necesidad de los países en el campo de la salud. Podemos encontrar en este libro no solo las ideas de García, sino las de algunos de sus colaboradores en la OPS que, al igual que él, promovían la medicina social. Dichas ideas formarían parte del proyecto y modelo de formación médica en la UAM-X.

En el prefacio del libro, escrito por Abraham Horwitz, director de la OPS en aquel momento, resaltan algunas ideas que también están presentes en el modelo modular en la UAM-X, específicamente en el Documento Xochimilco. Una muy importante está relacionada con una nueva forma de comprender la acción del estudiante. Para Horwitz el estudiante debe ser considerado como un sujeto activo comprometido con la sociedad, involucrado en la atención de los problemas sociales. En su perspectiva, el estudiante que se forma en la universidad debe devolver a la sociedad a través de los servicios que pueda prestarle. Esto significa para Horwitz que el estudiante de medicina:

[...] no debe ser sólo el objeto del proceso de enseñanza sino el sujeto del mismo, vale decir, un activo participante en todas sus fases, dado que se espera que él devuelva al medio social, en servicios, lo que la Institución y el país le entregaron [...] de esta manera se integran en su pensamiento los conceptos y métodos de prevención, de fomento y de restauración de la salud (Horwitz en García, 1976, p.ii)

Esta concepción del estudiante enmarca el papel que se proyecta debiera desempeñar el estudiante en el SM de la UAM-X. Es decir, un estudiante debiera comprender el proceso salud-enfermedad en el marco socio histórico que lo produce, contrario a la tradición flexneriana de tratar el cuerpo como meramente un sistema de órganos a reparar. Podemos encontrar que ciertas ideas de la medicina francesa, como la de tomar en cuenta la importancia del contexto para el diagnóstico y el tratamiento del paciente enfermo, son incorporadas en la perspectiva de formación en medicina social, con lo cual son relegados aspectos de la formación basada en la tradición flexneriana.

A modo de cierre

La nueva concepción de la educación médica en la OPS se replica en el modelo de la UAM-X. En la misma se sostiene que “el currículum se construye no con base a

departamentos y estructuras rígidas, sino a problemas de mayor frecuencia y a programas para resolverlos (Horwitz en García, 1976, p.ii)". Es aquí un símil a lo que después se enuncia en el Documento Xochimilco cuando se plantean los llamados Objetos de transformación (OT), tema que desarrollaremos con profundidad en el siguiente apartado.

El médico mexicano Ramón Villarreal, quien fuera jefe del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, escribió en el prólogo del libro de García que la OPS venía estimulando una enseñanza *integral* en las ciencias de la salud, con unidad de objetivos para concebir la salud como función biológica y social; *multidisciplinaria* en el sentido de analizar los fenómenos normales y patológicos de los individuos en las comunidades con el aporte de distintos principios y técnicas para explicar las causas; *multiprofesional* porque procura formar en las universidades en un proceso gradual acompañado de las ciencias básicas, clínicas y sociales. A estos nuevos criterios sobre lo que el médico latinoamericano debería aprender para atender la salud de la población, se sumaban otros elementos, discutidos en general, mismos que se intentarían conjugar en la formación médica, como la interdisciplinariedad, la relación entre docencia y servicio, la integración de las ciencias sociales al proceso de comprensión de salud-enfermedad, la priorización de la atención comunitaria y los programas de extensión de cobertura, todos parte importante en la innovación de los proyectos educativos para la formación en medicina (Rodríguez y Villarreal, 1984, p. 16).

Dichas ideas que rodeaban los pasillos de la OPS encontraron cabida y oportunidad de ser puestas en acto en la creación de la UAM-X.

Capítulo 2. La construcción de la propuesta y la puesta en acto del Sistema Modular en la licenciatura de medicina de la UAM-X

A partir del trabajo con entrevistas a los primeros profesores y alumnos que echaron a andar el proyecto y que interpretaron los fundamentos contenidos en el Documento Xochimilco, además de la revisión de documentos sobre el proceso de creación de la UAM-X y de su propuesta de Sistema Modular, en este capítulo se analiza cómo el modelo de formación médica se expresó en la primera década de inicio de labores.

2.1.- La construcción de la institución UAM-X

En 1973 la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) presentó ante el gobierno del presidente Luis Echeverría¹³ los resultados de un estudio sobre las condiciones de la demanda de educación media superior y superior en México. El resultado de este estudio mostró la incapacidad de atender la demanda de educación superior en todo el país con las instituciones existentes. Se recomendó que la zona metropolitana de la Ciudad de México atendiera urgentemente esta problemática con el fortalecimiento de las universidades existentes y la creación de una nueva universidad pública. A finales de ese mismo año, el Congreso de la Unión aprobó el decreto para la creación de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) (Documento Xochimilco, 1976, pp. 9-10).

La UAM estaría distribuida en tres unidades en la periferia de la Ciudad de México como lo eran las zonas de Azcapotzalco, Iztapalapa y Xochimilco. Cada unidad sostendría su propio modelo educativo, teniendo la encomienda de hacerlo bajo formas innovadoras de enseñanza para la formación de profesionales que servirían al país.

El Arquitecto Pedro Ramírez Vázquez, primer rector general de la UAM, designó en abril de 1974 a Ramón Villarreal como el primer rector de la Unidad Xochimilco. Debido a la experiencia de este en la OPS como director de recursos humanos, se le designó para hacerse cargo de dicha Unidad, misma que estaría destinada principalmente a las ciencias biológicas y de la salud. La primera tarea de Villarreal como rector de la Unidad Xochimilco fue convocar a Juan César García y a Roberto Ferreira

¹³ Durante el sexenio echeverrista (1970-1976) se trabajó fuertemente por una "Reforma Educativa" que se centró en la creación de nuevas instituciones de todos los niveles educativos, la expedición de nuevas leyes, renovación de libros de texto y la expansión del sistema educativo. Todo esto bajo un compromiso de reconciliación con la sociedad mexicana tras los sucesos de la masacre de estudiantes en Tlatelolco en 1968, durante la administración anterior, la de Gustavo Díaz Ordaz. Ante este panorama existió mucho apoyo a las nuevas instituciones de educación superior que se crearon durante la presidencia de Luis Echeverría Álvarez (Latapí, 1980, pp. 49- 61).

para la construcción de lo que sería el anteproyecto educativo con el que iniciarían labores educativas en la UAM-X, el llamado *Documento Xochimilco*. Ambos médicos eran de la confianza de Villarreal, debido a que, como ya mencionamos en el capítulo anterior, pertenecían a la corriente de medicina social que desde la OPS intentaba promover la institucionalización de un nuevo modelo de formación de médicos en las diferentes escuelas de medicina latinoamericanas.

Estos tres médicos incorporaron las perspectivas teóricas, metodológicas e ideológicas de la corriente de medicina social¹⁴ que habían promovido en la OPS y las pusieron en juego en el citado documento, denominaron a este nuevo modelo educativo para México: Sistema Modular (SM), piedra angular de lo que sería la formación no solo de médicos sino de diferentes profesiones en la unidad Xochimilco, en las divisiones de Ciencias Biológicas y de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades y, en años posteriores, en las Ciencias y Artes para el Diseño.

Para comprender cómo se construyó y se institucionalizó la UAM-X, recurrimos a las aportaciones de Fernández (1998) y Schvarstein (2004) sobre el análisis de las instituciones. Para Fernández, hay una versión singular de cada institución; si bien se registran normas y modelos generales de lo que significan, por ejemplo, las instituciones educativas, las mismas se van transformando a través de “un proceso en el que van imprimiendo significaciones, símbolos, normas y valores provenientes de su historia [particular] y del modo en que responden a sus condiciones objetivas” y cómo éstas les afectan (Fernández, 1998, p. 14). En este sentido, la institución educativa que conforma una universidad, posee un conjunto de ideas que hacen sentido para la misma, genera representaciones entre sus integrantes, así como procesos de diferenciación respecto de otras instituciones. Para Schvarstein (2004), las instituciones son “cuerpos normativos jurídico-culturales compuestos de ideas, valores, creencias, leyes que determinan las formas de intercambio social” (p.26).

Las construcciones de lógicas y sentidos de lo que significa una institución devienen de un proceso histórico. De acuerdo con Berger y Luckmann (1991) “es imposible comprender adecuadamente qué es una institución, si no se comprende el

¹⁴ Otros ejemplos de los esfuerzos por llevar a cabo una formación médica social en México también se pueden encontrar en los casos del Plan A-36 en la UNAM, el plan piloto Guadalupe en Monterrey y la enseñanza por módulos en la FES Iztacala que también fueron resultados de discusiones latinoamericanas en la formación médica. El caso de la UAM-X, por la vigencia del modelo y los frutos rendidos sobre todo en los primeros años, es el más particular de estos casos.

proceso histórico en que se produjo” (1991, p.76). El análisis del proceso de institucionalización que siguió la UAM-X permite comprender el andamiaje que se construyó para llevar adelante un proyecto dentro de las lógicas de las nuevas instituciones creadas en el área metropolitana de la Ciudad de México. Fue necesario establecer las normas que permitieran dar orientación a un proyecto que era diferente a los desarrollados por otras instituciones. Había que establecer las pautas que, de acuerdo con Berger y Luckman (1991, p. 76), permitieran canalizar la institución en una dirección determinada, en oposición a otras que podrían darse.

También había que trabajar en el currículum, en el dispositivo que compila normas del discurso educativo institucional que se busca promover. La importancia del currículum es destacada por Dussel (2007) en los siguientes términos:

[El currículum] no es sólo un listado de experiencias y contenidos que deben saber los alumnos, sino también (y algunos dicen sobre todo) ‘un modo de regular y legislar la vida de los docentes’, cuya acción va a ser medida por su adecuación a ese parámetro. El currículum establece sentidos de la acción escolar, y autoriza voces y discursos. Al establecer qué enseña y cómo se enseña (en asignaturas, espacios-talleres, en áreas, etc.), plantea una organización de la escuela, de sus horarios y de su distribución de tareas, que afecta toda la vida de la institución (Dussel, 2007, pp.3-4).

El *Documento Xochimilco* tuvo la función de establecer sentidos, voces y discursos sobre lo que sería el modelo organizativo y educativo de la nueva unidad de la UAM. Además, mencionaremos algunos de los rasgos pedagógicos más significativos que los autores intentaron establecer para la operación del entonces innovador modelo de enseñanza. Cabe destacar que este documento constituyó la piedra angular de la Unidad Xochimilco. Sin embargo, una cuestión fue lo que plantearon los autores en dicho documento y otra la re-interpretación que del mismo hicieron los profesores, alumnos y directivos que vivieron y construyeron en la práctica el SM en los primeros años. En el siguiente apartado, son mostrados algunos rasgos del documento. Más adelante abordaremos la construcción colectiva en los primeros años de existencia del Sistema Modular.

a. 2.1.1.- El Documento Xochimilco

Tanto Juan César García como Ramón Villarreal y Roberto Ferreira fueron médicos orientados a comprender la atención a la salud de las poblaciones más allá del proceso biológico, y atenderlo desde el plano social, cultural, histórico, etc. Para los autores, atender los problemas de salud desde esta perspectiva implicaba otros instrumentos y otros fundamentos teóricos. En el *Documento Xochimilco* entregado el 5 de junio de 1974 al rector general de la UAM, el Arq. Pedro Ramírez Vázquez, la disciplina médica representaba el modelo más constante para comprender la organización educativa de lo que se conformaría como Sistema Modular. Es de hecho a través de la perspectiva para atender los problemas de salud y enfermedad¹⁵ que se configurarían los procesos de enseñanza. Por esta razón, expusieron en un primer momento el **Marco de referencia** con el cual partirían para construir dicha propuesta educativa.

Los autores mencionan que, ante la demanda creciente de estudiantes, a los cuales consideran “los nuevos agentes activos del proceso de transformación de la sociedad mexicana”, se requiere atender algunas consideraciones para que la universidad forme a esta población. Entre ellas, se encuentran la necesidad cuantitativa de mayor personal de formación, y a su vez la necesidad cualitativa de que este mismo personal cumpla las expectativas “de un mundo en cambio y renovación”. Enfatizan la necesidad de un reajuste del personal docente que sea acorde al modelo de formación en medicina social. Frente a esto, de acuerdo con el *Documento Xochimilco*, la universidad debe realizar un constante análisis para vincular su labor con la estructura social. En consecuencia, de acuerdo con los autores del documento, esa propuesta educativa plantea la necesidad de “una revisión profunda de las relaciones entre las ciencias y sus efectos, fundamentalmente la aplicación y la enseñanza, y un enfoque novedoso en la metodología educacional, en que el estudiante es el artífice de su propia formación” (Documento Xochimilco, 1974, p. 11).

Dicho enfoque novedoso cuestiona la enseñanza clásica de la medicina, realizada a través de disciplinas, y propone que en el nuevo modelo educativo las unidades de enseñanza estén basadas en un objeto o interrogante a atender en el proceso de aprendizaje. Conforme con ello, las respuestas científicas tendrían que provenir de la conjugación de diversas ciencias y técnicas; aunque no se menciona explícitamente, incorpora el enfoque de Aprendizaje basado en problemas, en boga en

¹⁵ Algunos de los profesores entrevistados, señalaron que la configuración educativa de la UAM-X fue pensada desde el inicio para atender los problemas de salud en México a través de las distintas profesiones que convergían en la Unidad.

algunas universidades estadounidenses desde los años sesenta. Este modelo educativo, aunque no está explícitamente mencionado en el Documento Xochimilco, está fuertemente influenciado por el método del Aprendizaje basado en problemas, el cual se originó en la Universidad de Case Western Reserve en los Estados Unidos, a principios de la década de 1950. En el caso de la enseñanza de la medicina dicho método había generado interés:

[...] con el objetivo de mejorar la calidad de la educación médica, cambiando la orientación de un currículum que se basaba en una colección de temas y exposiciones del maestro, a uno más integrado y organizado en problemas de la vida real y donde confluyen las diferentes áreas del conocimiento que se ponen en juego para dar solución al problema. (Historia del aprendizaje basado en problemas, 2010, s/p).

En el Modelo del SM, el Objeto de transformación propone que las respuestas científicas sean consideradas como conocimientos a investigar. Para darle sentido a la noción de aprendizaje basado en problemas, recuperan la idea de Jean Piaget —que también formaba parte importante de las discusiones pedagógicas sobre la formación de profesionales en la década de los setentas— cuando dice:

[El conocimiento] no es una copia de la realidad. Conocer un objeto, conocer un acontecimiento, no es solamente mirarlo y hacer de él una copia mental, una imagen. Conocer un objeto es actuar sobre él. Conocer es modificar, transformar el objeto y entender el proceso de su transformación y, como una consecuencia, entender la forma en que el objeto es construido. Una operación es así, la esencia del conocimiento, una acción internalizada, la que modifica el objeto del conocimiento (Piaget, 1961, citado en Documento Xochimilco, 1974, p. 12).

A partir de este marco de referencia, configuran lo que sería el **Perfil Educativo**, el cual consiste en diversas estrategias educativas innovadoras, importantes en su momento para nuestro país. Como lo señalamos antes, la UAM-X se define en este documento enfatizando su relación y contribución a la sociedad. Señala que como universidad debe tener una participación en la transformación de la realidad a

partir de la producción, transmisión y aplicación de los conocimientos a través de sus estudiantes y profesores. La estrategia educativa que exponen los autores del *Documento Xochimilco* para la concreción de estos requerimientos consiste en pasar de un enfoque de enseñanza basado en disciplinas a uno que propone la conjugación de varias disciplinas, interdisciplinariedad, en torno a un determinado objeto de estudio/problema de la realidad. A esto se le denominó Objeto de Transformación (OT) en el modelo del sistema modular.¹⁶

Colocan de ejemplo a la “alimentación” como Objeto de Transformación para ilustrar de qué manera se tendría que abordar la formación en este innovador proceso de enseñanza y aprendizaje. De acuerdo con la perspectiva de enseñanza basada en OT, la bioquímica como ciencia no es el punto de partida para abordar el problema de la alimentación, esto es, no es el aprendizaje de la bioquímica y de sus fundamentos lo que permitirá atender la problemática de la alimentación, sino la bioquímica junto con otras ciencias y los instrumentos técnicos de comprensión elaborados por nutricionistas y trabajadores sociales, como se podrá llegar a comprender el OT que, en este caso, es la alimentación (Documento Xochimilco, 1976, p. 21).

En el siguiente cuadro los autores del *Documento* presentan de manera gráfica cómo debe ser entendido “el paradigma que servirá como telón de fondo del diseño curricular” (ídem., p. 21) de todas las licenciaturas de la UAM-X. En este cuadro, ilustran la relación entre ciencia, enseñanza y aplicación en la estructura social que debería abordar la UAM-X a través de sus carreras.

¹⁶ Es fundamental el elemento conceptual de los Objetos de Transformación (OT), dado que son los ejes principales de la configuración curricular de todas las licenciaturas. Al respecto, retomamos una interpretación conceptual: “un objeto de transformación puede definirse como un problema existente en la realidad que es utilizado como mediador en los procesos de enseñanza-aprendizaje, porque su relevancia permite que, al interactuar con éste, quienes ejecutan las acciones logran modificarlo, pero también ven transformadas su propia conducta, sus conocimientos, sus destrezas y habilidades. (Rodríguez, 2009, p. 65)”



Cuadro 1 (Documento Xochimilco, 1976, p. 21)

Además de este paradigma que se graficó para la construcción curricular, se planteó en el Documento Xochimilco un par de problemas que surgen al trabajar con los Objetos de Transformación, los cuales tienen una función central: 1) ¿cómo seleccionar estos objetos?, y 2) ¿cómo intervienen las diferentes ciencias y técnicas en el *proceso de transformación*? Frente al primer problema, se aceptó que la delimitación social y legal de las licenciaturas para diseñar los Objetos de Transformación se atendería a partir del apoyo instrumental, teórico, práctico prestado por las diversas disciplinas que comparten la atención a estos problemas de la realidad.

Ante el segundo cuestionamiento sobre la forma en que intervienen las ciencias y técnicas en el proceso de transformación, en el Documento Xochimilco recurren al texto de Mario Bunge *La investigación científica: su estrategia y filosofía* donde menciona el autor que:

[...] la realidad, tal como la conocemos hoy, no es un sólido bloque homogéneo. Sino que se divide en varios niveles o sectores, caracterizando cada uno de ellos por un conjunto de propiedades y leyes propias, los principales niveles reconocidos hasta el momento parecen ser el físico, el biológico, el psicológico y el sociocultural (Documento Xochimilco, 1976, p. 22)

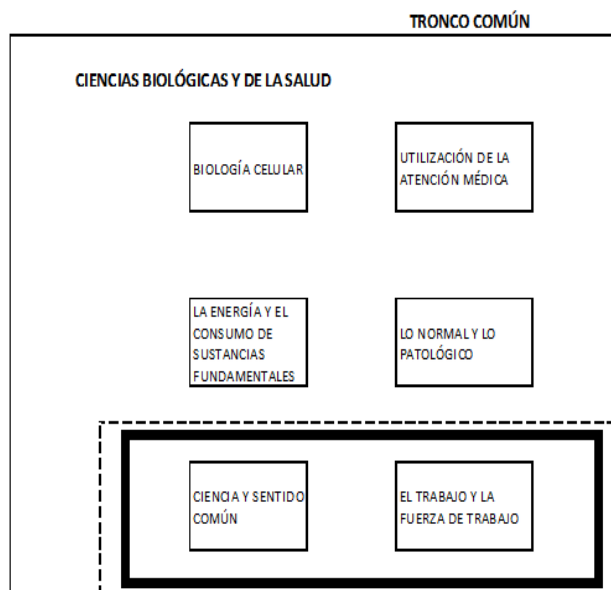
Ante la consideración hecha por Bunge, los autores que escriben este documento fundacional aclaran que los OT necesitarán tener en cuenta que la realidad que se pretende *transformar* se estructura de varios niveles, y los OT deberán ser explicados en función de aquéllos y de las relaciones que guardan entre sí.

	Leyes intranivel	Leyes interniveles									
Nivel sociocultural	0-0				0	0	0		0	0	0
Nivel psicológico	0-0		0	0			0	0		0	0
Nivel biológico	0-0	0		0		0			0		0
Nivel fisicoquímico	0-0	0	0		0			0	0	0	

Cuadro 2 (Documento Xochimilco, 1976, p. 23)

A partir de elegir de manera pertinente la función social que tiene la licenciatura/profesión, y de interpretar la realidad en función de multiniveles y leyes intra e interniveles, como lo muestran en el cuadro 2, es como se debería definir la construcción de los OT. Para el primer módulo¹⁷ planteado para el Tronco Común, se diseñaron los módulos de *Ciencia y sentido común* y *El Trabajo y la Fuerza de trabajo*, que tendrían que compartir todas las distintas licenciaturas de la Unidad Xochimilco pertenecientes a las dos divisiones que entonces existían, las de ciencias biológicas y ciencias sociales.

MÓDULOS DE LOS 2 PRIMEROS SEMESTRES



Cuadro 3. Módulos de los primeros dos semestres (Documento Xochimilco, 1976, p. 21)

¹⁷ Le llamaremos en este momento “Unidades de enseñanza” ya que al principio cada una contenía dos módulos, sin embargo, en la práctica, en el uso diario del término, ya una vez construidas las licenciaturas, se llamó “módulo” a la unidad de enseñanza. Es decir, por ejemplo, el módulo de “el hombre y su medio interno” contenía su propio OT y conformaba una “unidad de enseñanza”.

En las siguientes dos unidades de enseñanza; La energía y el consumo de sustancias fundamentales y Biología Celular, las distintas licenciaturas estarían más afines a su área de estudios tradicional como se observa en el cuadro 3. Compartirían aula con las licenciaturas de la división a la que pertenecen, es decir por el lado de ciencias biológicas y de la salud estarían compartiendo el aula los alumnos de medicina, enfermería, nutrición, biología, etc., y por el lado de humanidades y sociales los de psicología, sociología, economía, comunicación, etc. Se bosquejó, en este documento, que cada unidad de enseñanza se conformaría por semestres¹⁸ y que estaría distribuida en tres etapas en los primeros dos semestres, los cuales son los únicos que trazaron los autores para la apertura de la UAM-X. Posteriormente en los siguientes años el plan de estudios se reconfiguró en múltiples ocasiones.

Para el análisis de la **propuesta curricular** que realizan los autores, donde abonan más a la filosofía curricular ya antes planteada, y donde continúan trabajando en la orientación y diseño de los planes de estudios de todas las licenciaturas, nos apoyaremos en lo planteado por el investigador educativo Alfredo Furlán acerca de la noción de currículum:

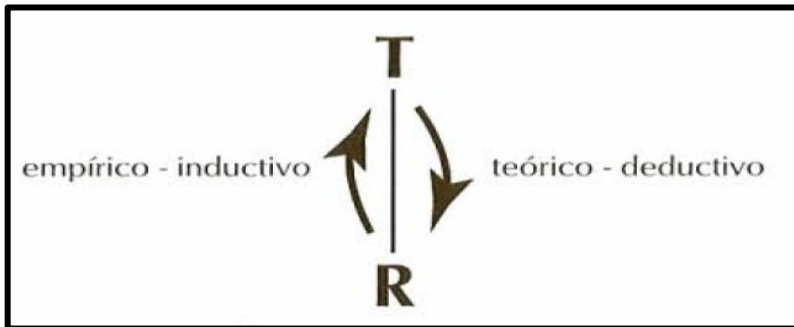
[...] no es sólo el plan, también es práctica realizada, experiencias realizadas; y no es sólo de estudios, sino que más bien es un proyecto de promoción de experiencias, es un proyecto de promoción de aprendizajes [orientado a] tratar de que el conjunto de las acciones de enseñanza que la institución promueve sean coherentes con lo que el proyecto formula. (Furlán, 1999, p. 101).

Lo señalado por Furlán es sugerente, debido a que permite traer a cuenta diversos aspectos que entran en juego en la construcción y puesta en acto de los planes y programas de estudio; es decir, creemos que ensancha las posibilidades de comprensión de lo que significa el diseño curricular. El currículum visto y utilizado como un dispositivo que establece las normas educativas de la institución, lo consideramos uno de los procesos fundamentales en los procesos de institucionalización, debido a que dicta y pacta en el discurso la tarea educativa, en este sentido de la UAM-X. Empero, esto no significa que se siga a pie de la letra lo establecido en una propuesta, sino que

¹⁸ No se tiene la fecha ni la razón exacta del porqué del cambio de duración de los módulos, ya que en el Documento plantea en varias ocasiones que sean semestres, pero desde el inicio los módulos tuvieron la duración trimestral.

los sujetos que se encuentran en la institución lo viven y ejecutan de diversas maneras a partir de su formación, historias de vida, y forma en que reciben y se apropian del currículum.

En el currículo de la UAM-X se promueven ciertas posibilidades educativas para el aprendizaje que buscan ser coherentes con la premisa del proyecto. Los Objetos de Transformación (OT), por ejemplo, son distinguidos como un campo de conocimiento, en el que tanto las disciplinas, como las ciencias, contribuyen a dar respuestas a problemáticas específicas, es decir, el conocimiento se incorpora con el propósito de atender necesidades concretas relacionadas con la acción profesional. Para los autores del Documento Xochimilco, se trata de un método considerado propicio para llevar adelante el trabajo “empírico-inductivo”, seguido de un reforzamiento “teórico-deductivo”, permitiendo un razonamiento entre la realidad y la teoría, como lo muestran en el siguiente gráfico:



Cuadro 4 (Documento Xochimilco, 1976, p. 29)

Los autores del Documento Xochimilco describen en este cuadro el requerimiento de diseñar los procesos que se realizan en una profesión dada, donde la “T” es la teoría y la “R” la realidad, para identificar lo que llamaron “esquemas de acción”, en evocación al trabajo de Piaget. Dicho de otro modo, a partir de visualizar el perfil de actividades de una profesión buscaron diseñar el contenido de los conocimientos considerados necesarios. Para ejemplificar de mejor manera el cuadro, utilizaron como ejemplo el proceso del diagnóstico médico. Este es utilizado tradicionalmente como el aprendizaje de signos y síntomas, el conocimiento de fisiopatología y la experiencia práctica de revisión de un número indeterminado de enfermos. Desde la perspectiva del Sistema Modular (SM), plantearon un esquema de acción para el diagnóstico:

- a) toma de la historia clínica;

- b) realización del examen físico;
- c) ordenación de los signos y síntomas y agrupamiento cronológico de los mismos;
- d) redistribución de estos signos y síntomas para configuración de los síndromes correspondientes;
- e) análisis de alternativas diagnósticas de estos síndromes;
- f) establecimiento de hipótesis diagnóstica, y;
- g) confirmación o negación de las hipótesis por exámenes adicionales o prueba terapéutica. (Documento Xochimilco, 1976, p. 30)

Estos pasos fueron contruidos, según Juan Carlos García, Ramón Villarreal y Roberto Ferreira, a partir del método científico en los que se trataron de definir las variables presentes, reunir los indicadores disponibles, formular una hipótesis de trabajo y realizar el análisis para confirmar o no esta hipótesis (p. 31). Esta propuesta, insisten los autores, proporcionaría elementos orientados hacia la solución de problemas a partir de esquemas. Y, por lo tanto, estarían definidos a partir del campo de acción de las profesiones que ahí se ofrecieran.

De esta manera, en el *Documento Xochimilco* se señalan algunas de las orientaciones conceptuales y pedagógicas para el diseño de los planes de estudios de las diversas licenciaturas de la unidad. Sin embargo, cabe recalcar que, de los tres encargados de realizar este documento fundacional, el único que estaba adscrito a la UAM-X era el Dr. Villarreal, como rector de la unidad. Tanto García como Ferreira habían continuado sus labores en la OPS, aunque en ocasiones estuvieron en la Unidad Xochimilco dando cursos sobre los fundamentos del Sistema Modular. Quienes estuvieron involucrados realmente en los primeros esfuerzos de construcción para la puesta en acto, día a día en la universidad, fueron docentes exiliados de dictaduras latinoamericanas y jóvenes docentes que reinterpretaron los fundamentos del *Documento Xochimilco* para construir los perfiles de las distintas licenciaturas y especialmente la de medicina.

La apertura de la UAM-X se dio el 11 de noviembre de 1974; el inicio de las labores educativas se realizó con docentes que buscaban comprender qué era el Sistema Modular. Existieron actores claves como Luis Felipe Bojalil, con una larga

trayectoria académica, becario de la OPS, Jefe de la División de Ciencias Biológicas y de la salud, rector de la UAM-X (1978-82) y el primer rector Ramón Villarreal Pérez, entre otros, quienes tuvieron un trabajo muy fuerte durante los primeros meses de la etapa inicial de la Unidad para traducir los fundamentos del Sistema Modular y verterlos en el anteproyecto para construir el diseño curricular de las carreras. Lo siguiente que abordaremos es esta labor colectiva que realizaron estos profesores para establecer dicho modelo.

2.2 Promoción, re-interpretación y apropiación del modelo Xochimilco

En el contexto en el que se iniciaron las labores en la UAM-X, existía una preocupación por parte de los profesores fundadores de cómo tendrían que poner en marcha el llamado SM. Para ello, se convocó a un grupo de profesores que tuvieron la encomienda de organizar talleres para la comprensión y apropiación de los fundamentos teóricos y pedagógicos de este innovador modelo educativo. El resultado de esos talleres, que se dieron durante 1975, fue vertido en el texto “El diseño curricular” compilado por Gilberto Guevara Niebla, quien fue el encargado de llevar a cabo la síntesis.

En el material compilado por Guevara (1976) se destaca que en el Documento Xochimilco se prioriza la *realidad* como instancia motora en la producción y transmisión del saber, a través de los llamados Objetos de Transformación, cuya concepción modifica los roles tradicionales de profesor y estudiante. Se define al estudiante como un sujeto activo que interviene en el proceso de *transformación de la realidad* en tanto es un agente que aprende por medio de la experiencia al trabajar con problemas de la realidad social, y por el otro lado, se señala una reconfiguración del rol del profesor, quien aparece como orientador en la construcción del conocimiento que los estudiantes llevan a cabo al trabajar en torno a OT establecidos en cada módulo. Ante esto, quienes participaron en los talleres de 1975 señalaron la necesidad de ajustar el conocimiento a la posibilidad de su aplicación en la acción profesional, a la intervención en la *realidad*. Para que estas ideas llegaran a ponerse en juego en la UAM-X, plantearon que en el diseño curricular cobrarían relevancia las figuras de investigación, docencia y servicio (Guevara, 1976, p. 10).

Los currículos de todas las licenciaturas fueron pensados y diseñados para integrar las funciones de investigación, docencia y servicio, conforme con la vinculación

que se consideraba prioritaria entre universidad y sociedad. Así lo recupera Guevara (1976) :

[...] el rol innovador de la universidad no puede reducirse al campus universitario y no debe quedar limitado a una nueva metodología en la transmisión del saber, debe, por el contrario, convertirse en una opción de cambio y transformación de la misma división social del trabajo. Esta es la segunda condición que debe llenar el currículum: la acción innovadora de la universidad repercutirá sobre la sociedad generando nuevas dimensiones de la práctica social de las profesiones (Guevara, 1976, p. 17).

La idea de la intervención en lo social por parte de las profesiones de la UAM-X se traduce constantemente en este texto como una vinculación dialéctica en la relación formación y servicio. La concepción de formación que deseamos traer a cuenta por tratarse de un eje importante en nuestro trabajo es la de Gilles Ferry (1990). Para dicho autor, la discusión y los trabajos sobre el concepto de formación en la enseñanza aparecieron en una época en la que coexistían experiencias como los movimientos juveniles, la educación popular y la problemática formación de adultos utilizada para tareas de dirección, de organización, de ayuda social que alimentaron esta discusión construida en un principio fuera del mundo de la enseñanza, en rivalidad con ella, lo que para él significó en contra de ella (Ferry, 1990, p. 45).

Ferry define el proceso de formación como una manera de actuar, reflexionar y dominar, de manera que la formación profesional presupone conocimientos, habilidades, representaciones del trabajo a realizar y una concepción del rol que se debe actuar (1990, p. 1). Con ello la formación universitaria deviene un dispositivo que plantea esfuerzos educativos para generar planes de estudio con recursos organizativos, humanos y herramientas didácticas para instaurar una cierta ruta de formación profesional.

La propuesta de formación en la UAM-X, vista a través de los trabajos reunidos por Guevara Niebla (1976), planteó como un aspecto central la intervención constante en la realidad a través de los servicios y del modelo de formación, y para ello, los currículos se construyeron a partir de la selección y ordenación de Objetos de Transformación (OT) abstraídos de la realidad (p. 19). Esos OT serían el eje conductor

de la formación en el SM y tendrían que ser construidos por los profesores fundadores. Para ello, la UAM-X continuó organizando talleres para reflexionar, discutir, y definir los OT para las licenciaturas que habían iniciado actividades. Daremos un vistazo a estos talleres que son de suma importancia a la propuesta del SM.

En el primer taller, se realizó un análisis histórico sobre las determinaciones del contexto socioeconómico, la formación de recursos humanos y el servicio que brindaría a la sociedad cada una de las distintas licenciaturas en la UAM-X. Eso sirvió para identificar las problemáticas necesarias a tomar en cuenta en la formación, lo cual a su vez permitió definir cuáles serían los OT, mismos que tuvieron posibilidad de elección para cada licenciatura. Guevara menciona que esto se tradujo en proyectos curriculares carentes de un común denominador en cuanto a contenidos. También pudo observarse la preocupación por integrar la formación a las dinámicas de producción y un cuidado para que los OT atendieran aquellas problemáticas profesionales no resueltas por parte de la educación superior mexicana.

En el segundo taller, efectuado a mediados de 1975, relata Guevara, se discutieron algunos ingredientes que se adicionaron al diseño curricular y se señalaron algunas de las siguientes problemáticas correspondientes a los primeros meses de inicio del SM. Por un lado, una alternativa educativa para nutrir la relación universidad y sociedad fue promover la *investigación científica*¹⁹ como componente esencial del proceso de formación. Para la implementación de la investigación en la UAM-X, se mencionó que se deberían establecer líneas y grupos de investigación para asentar este componente en el SM. Por otro lado, entre las problemáticas que empezaron a aparecer, sobresalieron la dificultad para poner en práctica el principio de interdisciplinariedad y el principio del trabajo en equipo, los cuales, en su texto, Guevara no aclara cómo fueron resueltos.

Otros de los esfuerzos que también abonaron a la comprensión del SM entre los docentes fue una serie de textos llamados "*Cuadernos de formación de profesores*" compilados por el comunicólogo Raúl Velasco y publicados por la División de Ciencias Biológicas y de la Salud (DCBS) en 1982. En estos cuadernos, se puede observar ya un cierto recorrido en la práctica del SM, mismo que servía para simplificar de manera

¹⁹ La idea de investigación aparece en el Documento Xochimilco, sin embargo, no tiene un planteamiento tan fuerte para la construcción de los diseños curriculares. En el trabajo colectivo de los profesores aparece componente como esencial y estructurante para la formación de estudiantes de todas las licenciaturas.

sistemática los elementos conceptuales de este modelo educativo. Se elaboraron “Cuadernos de formación de profesores” para cada licenciatura de esta división, incluyendo medicina. Sin embargo, hasta la fecha no hemos podido obtener la edición de medicina. Empero, gracias a un profesor que ingresó en los años ochenta a la DCBS, pudimos acceder a la edición de *“Notas acerca del diseño curricular. La definición de fases y el Diseño Modular”* en donde el modelo de ejemplo es la licenciatura de Medicina Veterinaria Zootecnista. Allí encontramos ya conceptos e ideas claras de cómo se buscó abordar y entender los OT, y también de cómo se pretendió realizar la investigación en el SM. Es importante destacar la definición del Objeto de Transformación que se describe en este texto:

[Es un] enunciado sintético de la situación de la realidad que por sus características de vigencia, relevancia y pertinencia ha sido incorporada al proceso de enseñanza-aprendizaje para el desarrollo de un perfil profesional previamente establecido (Velasco, 1982, p. 20).

En este sentido, los OT son conceptualizados en la perspectiva que los autores de la OPS rescataban de la realidad, como objeto de conocimiento necesario para la ordenación de los procesos de aprendizaje. Los OT se configuraron bajo definiciones genéricas en los procesos educativos a partir de establecer una problemática considerada de atención necesaria.

Como ya lo habían adelantado y propuesto en los talleres (Guevara, 1976), la investigación tiene un peso muy significativo como elemento formativo, y es uno de los pilares que contienen la formación no solo de la licenciatura de medicina sino de todas las licenciaturas que se conforman en el SM. En el texto de Velasco se puede observar cómo se ajusta este elemento a los OT, ya que la investigación formativa en el SM:

[...] se define a partir de la naturaleza misma del objeto de conocimiento, aproximándose a él a través de los requerimientos académicos (teóricos, metodológicos e instrumentales), necesarios para que los alumnos y el docente aborden el problema, tomando en cuenta los recursos y limitaciones existentes en el nivel de investigación formativa correspondiente al grado de desarrollo del proceso de enseñanza aprendizaje (Velasco, 1982, p. 17).

La investigación aparece en ese encuentro con la realidad como el componente educativo del SM que más se conjuga con la propuesta original. Velasco (1982) menciona que esta labor conlleva diversos resultados:

- a) La experiencia del o de los participantes en relación con el problema.
- b) La confrontación y complementación de dicha experiencia con el material bibliográfico y empírico (trabajo de campo) disponibles.
- c) Como resultado de lo anterior, una primera caracterización cuantitativa y cualitativa del problema abordado.
- d) La identificación de posibles espacios físicos y sociales de trabajo para cubrir las necesidades teóricas y prácticas del módulo.
- e) La identificación de materiales disponibles por el módulo (intra y extrainstitucionales) así como la definición de eventuales apoyos por obtener o elaborar (p. 18).

Ante estas ideas y fundamentos, la investigación, dentro de este proceso de enseñanza y aprendizaje, tenía la función tanto de ser formativa para el campo científico, así como de, potencialmente, ser capaz de intervenir en las problemáticas de la realidad social a partir del trabajo con el objeto de conocimiento, con el Objeto de Transformación.

El trabajo cotidiano en el sistema modular es importante por su visión social, por el trabajo que pretende hacer a partir de una formación centrada en la noción de Objeto de Transformación para transformar la realidad, pero conlleva desafíos importantes, como reconoce uno de los profesores entrevistados:

[...] cuando yo veo esto del tener que impartir clases en lo modular no es solamente una visión social como muchas veces así lo reducen, no es solamente tener ese objeto de transformación para poder modificar la realidad, sino que es un agregado realmente bastante complejo de aspectos teóricos, de aspectos epistemológicos, de aspectos prácticos, de aspectos que siguen siendo controvertidos y si trato de irme enfocando a medicina, son muy controvertidos en medicina en la idea propia de la investigación (Entrevista profesor Javier).

En estas circunstancias, la preparación de docentes en la lógica del sistema modular era y sigue siendo algo crucial para sostener el modelo.

2.2.1 La formación de docentes a la par de la construcción del Sistema Modular

Los primeros esfuerzos de instauración del nuevo modelo en la UAM-X también implicaron que los docentes se formaran en el Sistema Modular, ya que era único para su tiempo y no existían antecedentes para su operación en México. Como dijimos anteriormente, el trabajo colectivo de los diseños curriculares de las carreras, al igual que los “Cuadernos de Formación de Profesores” ayudaban a comprender la definición que cada licenciatura tenía del SM. Además de estos materiales que sirvieron de guía para los docentes, también se requirieron cursos para formar en la innovadora propuesta del trabajo docente dentro del proceso de enseñanza, ya que, ante la demanda del SM en el que docentes debían participar como coordinadores en la construcción del conocimiento, más que como portadores del saber en el aula, implicaba un trabajo arduo que, de acuerdo con lo señalado en diversas entrevistas, fue realizado sobre la marcha, a la par que se construía el SM en las diferentes licenciaturas.

De acuerdo con el relato de uno de los profesores, se produjo una innovación en la forma de enseñanza. En los cursos para la formación docente que existieron en los primeros años, se trabajaba bajo lo que se denominaba “grupo operativo”, noción planteada por Enrique Pichon-Rivière y llevada a la UAM-X por el argentino Armando Bauleo, a través de dichos cursos²⁰. Su planteamiento consistía básicamente en que el docente coordinaba al grupo a través de la discusión y preguntas sobre los temas contenidos en el programa de estudios para, de este modo, estimular al estudiante a la participación, al cuestionamiento y a la construcción de conocimiento de manera colectiva.

A partir de la revisión de estos documentos, podemos afirmar que tanto entre los médicos de la OPS que hicieron el Documento Xochimilco, como entre los primeros profesores que fundaron las aulas de la UAM-X, existía un fuerte interés y trabajo por llevar esta propuesta educativa a un nivel de compromiso social mediante el servicio, la investigación y la docencia a través de las profesiones que se estaban gestando. Dichas discusiones y reflexiones quedaron asentadas en un primer momento en los documentos. Veremos luego cómo se dio a nivel de la práctica educativa.

²⁰ Cabe resaltar que estos cursos fueron convocados para los docentes de las distintas licenciaturas de la UAM-X, sin embargo, en medicina hubo mucha resistencia ante esta metodología de práctica docente. Más adelante abordaremos esto.

A partir de estos primeros esfuerzos colectivos para sentar las bases del SM en la UAM-X, pasaremos a observar cómo en la licenciatura de medicina, con una historia paralela y a la vez complementaria a estos esfuerzos, se fue organizando la idea de lo modular y la manera en que empezaron a obtener los primeros frutos de esta innovadora propuesta para el momento.

2.3.- La construcción colectiva de una medicina orientada a lo social en la UAM-X

Como lo mencionamos en el capítulo anterior, las condiciones de renovación en la formación médica en Latinoamérica impulsada por la OPS se orientaron hacia una medicina que comprendiera los aspectos sociales de cómo las poblaciones de esta región enfermaban. La propuesta educativa del *Documento Xochimilco* recogió estas consideraciones en el intento de innovación educativa a nivel superior y en la búsqueda de la renovación del perfil de los futuros profesionistas de salud. Desde sus inicios, existió un ambiente colectivo en la recién creada UAM-X para proseguir con estas premisas que intentaban relacionar el compromiso de la universidad con la sociedad. Sin embargo, el camino no fue fácil. La planta docente que fundó la UAM-X realizó un arduo trabajo en los primeros años para asentar el proyecto del Sistema Modular. Sobre estas primeras experiencias hablaremos en este apartado y nos apoyaremos en entrevistas que realizamos a profesores encargados del diseño curricular de la licenciatura de medicina en los primeros esfuerzos de aquellos años, así como en los documentos bases para la creación de la licenciatura de medicina. Esas fuentes servirán para analizar la instauración del Sistema Modular en medicina y sus primeros frutos.

Arrancamos el análisis de cómo fue la recepción por parte de los actores fundadores de la UAM-X de lo que fue estructurado como currículum. Para analizar estos procesos en los que participaron los sujetos consideramos necesario tomar en cuenta diversos elementos que se pusieron en juego en las dinámicas institucionales. Sobre la perspectiva institucional recuperamos lo señalado por Eduardo Remedi (2004):

[...] la preocupación por lo institucional como objeto de indagación está mediado en nuestro abordaje por una imposibilidad que se centra en el currículum como expresión de prácticas: la relación compleja en que se articula con la historia institucional y su concreción en una propuesta explícita de un plan; los mecanismos por los cuales los

sujetos, de acuerdo con la cultura institucional, lo reciben y lo reflexionan, cruzados por sus trayectorias académicas y personales, y en última instancia el deslizamiento concreto de estas prácticas en un espacio que reestructura y muestra en un conjunto de interacciones la enunciación de un proyecto (2004, p. 25)

Desde esta visión, intentamos abordar la problemática de lo institucional tomando en cuenta la complejidad de los procesos y el contexto histórico que enmarca la puesta en acto de la UAM-X como institución. Como expresa Remedí, las prácticas que están presentes en la intertextualidad de la institución: *el orden de lo curricular, la historia de los sujetos, los quehaceres cotidianos, etc.*, es donde se entrecruzan las diversas formas de leer la institución.

Ubicada en la periferia de la Ciudad de México, en los límites de la delegación Xochimilco, Iztapalapa y Tlalpan, la UAM-X inició actividades en 1974 con lo que sería el tronco común de todas las licenciaturas ofertadas inicialmente. Cabe resaltar que la licenciatura de medicina, aun cuando era el modelo con el que se había construido el SM, no se incluyó en la oferta inicial de licenciaturas debido a la falta de infraestructura y personal académico. A pesar de ello, durante el segundo módulo, ya en 1975, estudiantes de la primera generación de otras carreras del área comenzaron a insistir en la posibilidad de apertura de la licenciatura de medicina, ya que la consideraban necesaria debido a los antecedentes del documento fundacional y al perfil con el cual se había iniciado esta unidad de la UAM. Para la consecución de ello se convocó a profesores junto con los estudiantes para que integraran una comisión para la construcción del diseño curricular de la licenciatura de medicina. Uno de los estudiantes de la primera generación de medicina, quien más tarde se incorporaría como profesor recuerda la forma en que se procedió y cómo fueron convocados para participar en dicha comisión:

[...] se crea una comisión de diseño curricular de la licenciatura de medicina, [...] con docentes de la universidad que tampoco pertenecían propiamente a la licenciatura de medicina, pero que eran profesionales de medicina que venían de formación médica en la UNAM, en el Poli, y entonces nos invitan a los alumnos y yo creo que eso también fue muy significativo porque un grupo de alumnos en ese

momento de esos dos troncos divisionales de CBS nos involucramos (Entrevista profesor Ernesto)²¹.

El trabajo colectivo que se generó junto a profesores se realizó a marchas forzadas, con tiempos muy acotados: mientras se cursaban los semestres previos se empezaban a diseñar los subsecuentes:

Al mismo tiempo que se diseñaba el módulo tercero del SM, estábamos cursando el segundo; se estaba diseñando el tercero y simultáneamente se estaba diseñando en la licenciatura de medicina el cuarto módulo, digamos, ya el tronco de carrera propiamente dicho, y era pues era un agites grande, digamos muy intenso todo. Era este proceso de los planes, de los módulos y se estaba cursando el anterior y casi íbamos contra el tiempo, o se iba la universidad contra el tiempo (Entrevista profesor Ernesto).

Algunos estudiantes estuvieron involucrados en la comisión para el diseño curricular; para ello se acercaron a teorías educativas para tratar de comprender el trabajo que se estaba realizando; profesores en educación también colaboraban en este diseño. De acuerdo con el relato del profesor Ernesto, fue muy significativo ese trabajo colectivo ya que lo llevó a otro nivel de comprensión. De acuerdo con su relato, señala que tuvo que aprender:

[...] desde teorías de modelos educativos, teorías de diseño curricular, digamos todo este componente educativo y participar en las discusiones de trabajo que se daban. En esa dinámica el aprendizaje y las discusiones que se generaban en la comisión significaron una necesidad de formación. De tal modo que yo personalmente en la medida que iba avanzando en mis módulos de bioquímica, inmunología, parasitología, al mismo tiempo aprendía educación, teoría educativa, diseño curricular por la libre, por la propia necesidad

²¹ Egresado de la primera generación de medicina, como estudiante formó parte de primeras las comisiones de diseño curricular para la creación de la licenciatura invitado por docentes encargados del proyecto. Estuvo involucrado en el movimiento estudiantil de 1978 que buscaba plazas en el sector salud para ingresar al internado médico. Formó parte también de un colectivo de estudiantes que hacían trabajo comunitario en algunas comunidades de la Ciudad de México durante su formación en la UAM-X. Desde entonces, no ha dejado de estar involucrado en actividades de la UAM-X y ha sido miembro de la planta docente de los posgrados en *Medicina Social y Salud Colectiva*. Como en el caso de los profesores anteriores, ya no ha sido llamado para formar parte de la planta docente de la licenciatura de medicina.

y también por sugerencia de los propios profesores y profesoras que eran del área educativa (Entrevista profesor Ernesto).

En este clima de trabajo colectivo, sobre la marcha, donde el aprendizaje iba más allá de las aulas y era llevado a un plano de discusión y construcción, para algunos estudiantes era así como se vivían los primeros años. Otro integrante de la primera generación de la licenciatura de medicina, que más tarde se incorporaría como profesor, vivió de manera similar aquella agitación inicial en la unidad Xochimilco:

Mientras estábamos cursando había gente vuelta loca diseñando el módulo que seguía. Terminabas, pasabas al segundo y no había el tercero. Entonces, era siempre estar al borde del precipicio. Fue una aventura buenísima (Entrevista profesor Víctor)²².

Aproximadamente 60 estudiantes de las licenciaturas de la división de ciencias biológicas y de la salud lograron el cambio hacia la recién creada licenciatura de medicina. Comenzando clases a finales de 1975, los estudiantes de medicina de la UAM-X cursaron los módulos que recién habían diseñado los docentes y algunos los propios estudiantes.

Dentro de esta aventura un tanto turbulenta de los primeros años, se encuentra también como arista importante el perfil muy particular de los profesores que se fueron integrando a la licenciatura de medicina. Buena parte de los profesores que inauguraron la UAM-X, y en especial en medicina, tenían un perfil por el que, mencionan los que estuvieron, no hubieran sido contratados en otro lugar ni en algún otro momento, pues muchos fueron militantes y líderes de movimientos sociales y estudiantiles en la década anterior, tanto en México, como algunos exiliados políticos por las dictaduras sudamericanas, como la de Chile. Eso imprimió a la nueva institución UAM-X un carácter

²² Egresado de la primera generación de medicina de la UAM-X en 1974, tuvo varias etapas como docente en la licenciatura y los posgrados en salud. Estuvo involucrado como docente de la carrera de medicina entre la década de los años ochenta y los noventa, pero se retiró de dar clases al ver los cambios que estaba viviendo el plan de estudios y se enfocó al trabajo en la Maestría en Medicina Social. Defensor del SM originario, fomenta el modelo educativo en el Tronco Interdivisional donde da clases a los recién ingresados a la UAM-X para introducirlos al modelo clásico de enseñanza del SM. Actualmente, tiene a su cargo una coordinación de medicina comunitaria para que los alumnos y egresados de medicina, nutrición, enfermería, psicología, estomatología vayan a realizar atención de los problemas de salud de zonas vulnerables de la Ciudad de México.

de participación política y lucha social desde sus raíces, más allá de lo que dictaba el *Documento Xochimilco*.

Deseamos reconocer a algunos docentes que estuvieron principalmente en los primeros años de la licenciatura de medicina, que contribuyeron al desarrollo del SM en medicina y le imprimieron un carácter social y político a la actividad educativa²³. Seguramente quedaremos en deuda con otros cuyo nombre no aparece en esta pequeña lista, pero cuyo trabajo fue crucial en la construcción colectiva de la propuesta formativa de medicina.

Rogelio de la Fuente. Ginecólogo chileno que fue diputado en el gobierno de Salvador Allende, y fue uno de los refugiados que llegó a México después del golpe de estado de Pinochet contra Allende. Uno de los profesores ofrece la siguiente imagen sobre De la Fuente: “siempre tenía una mirada del embarazo y de la reproducción que iba mucho más allá de la mirada clínica, tenía una mirada social. Una mirada social y una mirada política”.

Luis Felipe Bojalil. Mentor para muchos estudiantes y profesores de medicina, fue un médico mexicano, rector de la Unidad Xochimilco, y quien lidió con el primer movimiento estudiantil precisamente de estudiantes de medicina quienes solicitaban a la universidad plazas para realizar el servicio social en alguna comunidad o centro de salud. Bojalil negoció con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para que los estudiantes participaran en el programa IMSS-Coplamar²⁴ y realizarán el servicio social en comunidades marginadas de algunos estados de la República mexicana a finales de la década de los 70 hasta casi finales de los ochenta. También junto a Mercer y Villarreal, Bojalil colaboró en la elaboración del documento “Bases para el diseño curricular de Medicina”. Además, promovió en la licenciatura la formación de profesores en el SM

²³ La semblanza que se presenta de los profesores es una decisión nuestra que es quizá arbitraria, tiene como propósito mostrar las contribuciones que realizaron a la licenciatura de medicina. Las referencias a su intervención en la licenciatura provienen tanto de las entrevistas realizadas a los profesores que tuvieron contacto con dichos profesores fundadores, como de documentos en donde se encontraron referencias a sus aportaciones.

²⁴ El Programa IMSS-Coplamar surgió el 25 de mayo de 1979, mediante la firma del convenio entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y la entonces Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República (Coplamar) “para extender los servicios de salud a todo el territorio nacional”. <https://www.gob.mx/imss/articulos/imss-bienestar-trayectoria-de-42-anos>. De acuerdo con el actual director del IMSS, Zoé Robledo, el denominado “IMSS- BIENESTAR, antes COPLAMAR, es un programa exitoso que permitirá cumplir con uno de los objetivos prioritarios del Plan Nacional de Desarrollo, llevar medicamentos y consultas gratuitas a todas y todos los mexicanos para 2024 ” . <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201905/134> Consulta realizada el 10 noviembre 2022.

durante muchos años. Para muchos profesores, Bojalil fue el mejor rector que tuvo la UAM-X.

Catalina Eibenschutz. Profesora fundadora de la UAM-X, trabajó en el diseño curricular de las licenciaturas de enfermería, medicina y estomatología, promovió la integración curricular interdisciplinaria. Además, intervino en el diseño de planes y programas de estudio en las maestrías en Medicina Social y en Desarrollo Rural (Médicos del mundo, 2018). Entre otras muchas cosas que hizo por los alumnos de la licenciatura de medicina, fue jefa del departamento de Atención de la salud en los ochenta y durante su gestión impulsó la relación con el IMSS para que los estudiantes de medicina de la UAM-X participaran en la especialidad “Medicina familiar y preventiva”.

Hugo Mercer. Sociólogo de formación, trabajó en la OMS como coordinador de formación de Recursos humanos para la salud (Universidad Nacional de San Martín, 2020). Llegó a la UAM-X en 1975, además de elaborar las “Bases para el diseño curricular de Medicina”, fue el primer coordinador de la maestría en Medicina social que se creó en ese año y se pensó en un inicio que fuera el puente de los egresados de la licenciatura de medicina para continuar su formación en la UAM-X. También durante su gestión fue el contacto para que entre la UAM-X y la OPS/OMS se estableciera un convenio para enviar becarios a diferentes países latinoamericanos por parte de la maestría, y para la recepción de asesores o apoyos académicos por parte de la OPS/OMS (Spinelli, Librandi y Zabala, 2017, p. 8).

Gloria Eugenia Torres. Profesora fundadora de la UAM-X, médica fisióloga respiratoria quien fuera parte importante de la construcción de la licenciatura de medicina. Entre otros tantos textos, escribió el libro "Propedéutica clínica" editado por la UAM-X y donde "aborda las pautas para una adecuada evaluación médica y un diagnóstico certero y oportuno, caracterizado por una actitud humana" (Comunicación social UAM-X, 2010). La labor que realizó en la universidad se refleja en un artículo donde se refieren a ella con las siguientes palabras: “dirigió sesiones prácticas de auscultación y conversó con sus alumnos sobre algún tema de interés no sólo médico, sino político o cultural, porque, opina, la docencia no se limita a dar la clase, sino que tiene que ver con la integración del aprendizaje de habilidades y de conocimientos, pero también de actitudes. Considera importante que los alumnos aprendan a presentarse con respeto y amabilidad ante el paciente, hablarle en forma afable, atenderlo y escucharlo” (Comunicación social, 2002).

Coni Chapela. Profesora que arribó a la UAM-X en 1981 gracias a la recepción del Dr. Bojalil, médica de formación y con posgrado en Medicina Comunitaria en Escocia. Impartió el módulo 12 en medicina el cual tenía como nombre “Educación en Salud”, donde veían los estudiantes de trabajo comunitario y salud colectiva para que en el siguiente módulo partieran mejor preparados al servicio social. También fue asesora de servicio social de los estudiantes en las comunidades.

Fernando Mora Carrasco. Médico chileno que estuvo enseñando medicina en Cuba a petición de Fidel Castro a mediados de los sesenta después de que muchos profesionistas se fueran de la isla al finalizar la revolución. Llegó a fundar la UAM-X y aportó a la condensación de los elementos conceptuales del SM para la formación docente en el modelo. Es el profesor en la carrera de medicina que mayor tiempo ha impartido clases.

Edgardo Enríquez. Fue nombrado ministro de educación durante el periodo de Salvador Allende. Fue preso político durante algunos meses con la imposición de Pinochet en Chile. Después de negociaciones de organismos internacionales para su liberación, impartió clases en la Universidad de Oxford tres años. Médico experto en Anatomía, reconocido y querido desde su ingreso como profesor en la UAM-X en 1978 (Hersch, 2013). Se cuentan anécdotas de sus clases memorables de Anatomía en algún laboratorio de la UAM-X con un cadáver y cómo intentaba conjugar los OT con la ciencia básica. En 1989 regresó a Chile.

Ahora volvamos brevemente al trabajo institucional, a lo que permitió sentar las bases de la licenciatura de medicina. Como ya hemos dicho, durante meses, se trabajó a marchas forzadas para construir el plan de estudios de medicina. El Dr. Bojalil fue uno de los médicos docentes que coordinaron los talleres para el diseño curricular en medicina y quien escribiera junto al rector Villarreal y a Hugo Mercer las “*Bases para el diseño de la licenciatura de medicina*”, texto que integraría las discusiones latinoamericanas y las bases del SM descritas en el *Documento Xochimilco*. En este último documento, buscan hacer un análisis histórico para establecer las necesidades que tiene el país en materia de profesionistas de la medicina. Para ello mencionan que es menester hacer el análisis de las estructuras involucradas en el contexto socioeconómico mexicano de manera histórica.

Bojalil, Villarreal y Mercer realizaron un cuadro que sirve para el análisis histórico de las estructuras nacionales en diferentes periodos, como se puede observar en el cuadro 5.

	Estructuras socioeconómicas				Educación			Salud		
	Estado	Aparato productivo	Clases sociales	Inversiones extranjeras	Sistema educativo	Legislación	Ideología	Formación personal	Sistemas de Atención	Morbi-mortalidad
1857- 1910										
1910- 1940										
1940-1970										
1970-1975										

Cuadro 5: Marco de referencia para el análisis histórico (Bojalil, Villarreal y Mercer, 1975, p. 4).

Teniendo en cuenta este modelo de análisis, los autores identificaron vacíos en las estructuras educacionales y asistenciales, las cuales reconocen han estado desvinculadas de las necesidades nacionales. Además, la Atención Médica Individual ha sido hegemónica en los currículos de las carreras de las Ciencias de la Salud en México, formando profesionistas que no responden a las necesidades de la situación social existente. Ante esta problemática, ponen el énfasis en el compromiso de planificar la universidad con el proceso de transformación visible en la estructura social.

Al tener en cuenta aquello, plantean como necesario que la licenciatura de medicina en la UAM-X revalore la Salud Pública, y por lo tanto se enfoque en la atención de los problemas de salud colectivos y no individuales, estructurando así cuatro condiciones del modelo de formación:

- a) manejo de la multicausalidad de los problemas de salud, tomando como punto de partida los condicionamientos sociales y la situación epidemiológica;
- b) la unión entre teoría y práctica;

c) la confluencia práctica de las ciencias básicas, clínicas y sociales en torno a problemas de salud y;

d) la visualización precoz por parte del alumno del modelo estructurador de su contexto y las implicaciones lógicas del mismo (Bojalil, Villarreal y Mercer, 1975, pp. 8-9).

A partir de estas condiciones, se buscaba que los estudiantes comprendieran los procesos sociales implicados en la práctica y en el conocimiento médico profesional. Sobre esta base, se construyó el plan de estudios para medicina, y se agregó en 1976 a la propuesta la estrategia del médico chileno Rodolf Mayners, quien propuso tres fases para la estructura del plan de estudios.

Tal como lo narró el profesor Ernesto, el tronco común donde compartirían actividades académicas todos los estudiantes de todas las licenciaturas, estaba conformado en las siguientes tres fases: la primera fase partía de la noción del equilibrio bajo la mirada de lo Normal y lo Patológico de Georges Canguieim, y eso constituía los módulos: cuarto (*El hombre y su medio interno*) y quinto (*el hombre y su medio externo*). La segunda fase se refería al ciclo vital de la gestación de la vida y las dos primeras etapas de la vida con el módulo sexto de *Reproducción*; el módulo séptimo tenía que ver con *el crecimiento y desarrollo del preescolar* y el octavo módulo versaba sobre el crecimiento y desarrollo del escolar y adolescente. En la tercera fase, se tomaban el módulo noveno *El hombre y su actividad económica primaria*, el décimo *El hombre y su actividad económica secundaria* y el onceavo *El hombre y su actividad económica terciaria*. Con una mirada centrada en la producción económica, la actividad primaria sería el hombre que trabaja en la agricultura, la secundaria en la producción laboral fabril industrial y la terciaria en las actividades que atañen a los servicios esencialmente. Bajo estas lógicas, se configuraron los objetos de transformación de cada módulo que serían las problemáticas de la realidad a atender por parte de los estudiantes de medicina.

A modo de cierre

Como lo mencionamos en el apartado anterior, en los primeros trimestres, el trabajo en las aulas para la puesta en práctica de todas las licenciaturas de la UAM-X y quizá más especialmente de medicina, fue vertiginoso al construir un proyecto no del todo definido, forjándolo sobre la marcha. Aun cuando esto sucedía, en las instalaciones de la

universidad desde los primeros años se pueden encontrar ya rasgos de esta propuesta educativa, como lo veremos a continuación, retomando la voz de los alumnos de la primera generación (que posteriormente se integraron como docentes) y de profesores que estuvieron impartiendo y construyendo la propuesta educativa de los primeros años de vida de medicina en la UAM-X.

Es necesario recalcar que la institucionalización de la medicina social en Latinoamérica fue un proceso que se extendió en los años setenta y principios de los ochenta. En México, las respuestas más significativas a la iniciativa de la OPS en materia educativa fueron la licenciatura de medicina, así como la maestría en Medicina social²⁵ en la UAM-X en 1975 y la del plan A- 36 de la Facultad de Medicina de la UNAM en 1974. Todo esto en un ambiente de auge en el número de instituciones de educación superior y de oferta educativa en otros niveles. La UAM-X aparece en el escenario de la educación superior como una oferta innovadora de formación de profesionales para la intervención en la atención de problemas sociales. Para esto la puesta en práctica tuvo un carácter de movilización más allá de las aulas, no sin antes ser un caos en los primeros años de definición de la propuesta. A continuación, veremos esos primeros desafíos y rastreamos los reajustes que fue experimentando el modelo formativo del SM en Medicina.

²⁵ Dicha maestría como lo mencionamos en notas a pie anteriores fue coordinada en sus inicios por Hugo Mercer. Esta maestría fue la primera de medicina social en Latinoamérica. Desde el comienzo se pensó que estaría ligada a la licenciatura, ya que también recogía toda la discusión de los autores de la OPS, sin embargo, el énfasis estaba en la generación de conocimiento a partir de la investigación, como lo menciona Mercer (1981) "una necesidad básica de la Maestría es impulsar la generación del conocimiento para darle dinamismo a la docencia y comenzar a resolver algunos de los problemas sobre los cuales se tienen apreciaciones, pero aún se encuentran a nivel de hipótesis. [...] La fijación de las líneas prioritarias de investigación y su posterior cristalización en proyectos y programas se ha dado en un proceso de discusión sostenido entre la comunidad de la Maestría" (p. 64).

Capítulo 3. Vicisitudes en la construcción del SM en la licenciatura de medicina

Como lo mencionamos en el capítulo anterior, el proceso de construcción del sistema modular y su puesta en práctica en las aulas de todas las licenciaturas de la UAM-X fue bastante arduo, especialmente en medicina, donde dicho proceso implicó una dinámica vertiginosa para los actores implicados en la construcción del proyecto, el cual no estaba del todo definido y era objeto de diversas posturas e interpretaciones en su interior. Desde los primeros años se pueden encontrar rasgos del proceso de implementación de esta propuesta educativa, como lo veremos a continuación, retomando la voz de los alumnos de la primera generación (mismos que posteriormente se integraron como docentes) y de profesores que se incorporaron a trabajar en dicha carrera en los primeros años de gestación de la propuesta y que estuvieron a cargo de los primeros módulos, al mismo tiempo que construían la propuesta educativa en los primeros años de vida de medicina en la UAM-X.

3.1.- Debates internos en la definición del perfil

En este apartado, revisaremos los primeros trazos que se establecieron para llevar adelante el SM en medicina. Lo haremos tomando en cuenta los relatos de quienes participaron en el armado e implementación inicial de la propuesta, así como diversos documentos institucionales y estudios que buscaron recuperar los alcances de dicha propuesta. Intentaremos mostrar cómo desde esos primeros tiempos se registraron importantes debates en torno al perfil de la carrera, mismos que fueron desdibujando los planteamientos originales del proyecto formativo.

A) La discusión de enseñanza de la medicina a través de grupos operativos

Una de las propuestas para el trabajo docente en el proceso de enseñanza en el SM era el trabajo con grupos operativos, idea que emergió de la licenciatura de psicología, a cuya planta docente se integraron varios argentinos, entre ellos Armando Bauleo, quien tenía fuertes influencias de Pichón-Rivière, impulsor de esta metodología de aprendizaje. Desde la carrera de psicología se propuso trabajar con grupos operativos en todas las carreras. Estas ideas provenían de la psicología social e implicaban formas de trabajo en el aula distintas a las tradicionales. Se basaban en la coordinación por parte del docente de un debate constructivo en el cual los estudiantes tenían un protagonismo

medular a través del cuestionamiento, la discusión y construcción del conocimiento de manera colectiva.

Sin embargo, en medicina dicho planteamiento generó el primer debate sobre la propuesta del SM al ser reinterpretada por los docentes. En el intento de emprender la propuesta de enseñanza a través de grupos operativos, se empezaron a plantear diversos cuestionamientos. La primera generación empezó a discutir qué tanto podría encajar en la licenciatura de medicina este método de enseñanza. Había una crítica de algunos docentes y estudiantes, quienes señalaban que el modelo de discusión en medicina no encajaba con las lógicas que debía seguir el aprendizaje para esta profesión. Uno de los profesores entrevistados recuerda las discusiones que había sobre el SM en medicina:

«¿Cómo vamos a aprender Anatomía, por ejemplo, si no vamos a hacer disecciones?» A muchos les generaba conflicto y entonces las clases seguían el modelo de discusión y había mucha resistencia por lo mismo. «A la bacteria escherichia coli ¿qué le vas a discutir?, ¿cómo la puedes discutir en una sesión seminarial si la bacteria es tal?» Entonces se planteaba: «lo que necesitamos es que nos den clases» (Entrevista profesor Ernesto).

Ante la discusión de que el trabajo grupal (grupos operativos) en el aula no era compatible con la enseñanza tradicional de la medicina, se empezó a trabajar en los primeros años la idea de “talleres” dentro de los módulos. Se pensaba que ello permitiría subsanar la parte práctica de la enseñanza de los contenidos de los módulos:

Se discutía bajo el modelo tradicional que primero había que aprender lo morfológico y después lo funcional. Entonces como no teníamos una materia propiamente dicha de anatomía, pues se fue insertando un taller de morfofisiología me parece, no recuerdo el nombre exacto. Y pues ahí terminaba siendo pues una clase magistral que daban los alumnos o el profesor o profesora, y se fue perdiendo. Para nosotros, primera generación, sí se seguía más la lógica de la discusión (Entrevista profesor Ernesto).

Por su parte, otro profesor que también vivió como estudiante esa primera generación, recuerda esos conflictos no resueltos de la siguiente manera:

[...] ya con nosotros aparecían esas dificultades de cómo interpretar y entender esta dificultad. ¿Cómo haces una carrera que funcione a partir de que el estudiante aprenda investigando? Cuando la medicina ha sido enciclopédica, que tienes que aprenderte el Quiroz que es un libro de Anatomía en 4 volúmenes, «esa es tu chamba, apréndetelo» y entonces tienes que recitar 200 y tantos huesos toda la anatomía tienes que aprendértela de memoria y tienes que saber recitarla de memoria y los médicos piensan que así se aprende la medicina. (Entrevista profesor Víctor)

Como expresión de esos debates, en cierto sentido se demandó que existieran en las aulas del SM de medicina las clases tradicionales de exposición del profesor, dejando de lado la innovación didáctica que se pretendía con el trabajo grupal. Desde los primeros años se empezó a observar una falta de acuerdos y un desajuste con respecto a la propuesta inicial, y a su vez también un reajuste parcial de ésta con la inclusión de talleres para subsanar algunos vacíos que algunos docentes consideraban que existían en la propuesta modular. Así se recuerda un suceso con respecto a los vacíos en medicina:

Es cierto que también empezaron a aparecer insuficiencias, ¿cómo se resuelven las insuficiencias?, fue otro lío. Te doy uno que yo viví como estudiante. Nosotros estábamos terminando la carrera a punto de irnos a servicio social y nos acordamos que existía la farmacología (risas) entonces, hice un curso de farmacología antes de irme al servicio social, así, a la carrera, porque no teníamos muchas bases de eso para poder prescribir [recetar]. Sí, es cierto, había cosas que eran como déficits digamos, pero en nombre de eso las respuestas fueron talleres que... es decir, parches. El remedio fue [ir] poniendo parches... hasta que la carrera fue un... retazos y retazos [ídem.]

En los primeros años, encontramos indicios de que los docentes tuvieron que ir re-ajustando tanto la propuesta de enseñanza correspondiente al trabajo en cada módulo como al conjunto del plan de estudios, esto como resultado de los problemas que iban apareciendo en la puesta en acto de la propuesta curricular. La respuesta inmediata fueron talleres que intentaban atender, con la inclusión de nuevos contenidos, lo que la medicina hospitalaria requería para quienes iban allí a realizar su servicio social.

También podemos encontrar otro tipo de esfuerzos que intentaban apearse a lo planteado en la propuesta del SM. Ello sucedía a pesar de las dificultades de origen en relación con la práctica de investigación como uno de los principales elementos formativos.

b) La complejidad de la investigación formativa en el campo

La noción de investigación formativa se empezó a generar en los documentos de Bojalil, Mercer y Villarreal (1975), Guevara Niebla (1976) y Velasco (1982). De acuerdo con la idea piagetiana incorporada en el Documento Xochimilco, en la que los estudiantes tendrían que construir el conocimiento a través de conocer un objeto de estudio problemático, de comprender su proceso y entender la forma en que fue construido, se planteó que los estudiantes debían realizar investigación en cada módulo para comprender de mejor manera las problemáticas que integraban los Objetos de Transformación (OT). La investigación sería ese acercamiento tanto a la problemática de la realidad a comprender, como a la construcción misma del conocimiento.

Aquello, sin embargo, implicó que tanto docentes como estudiantes tuvieran que aprender lo que significaba hacer investigación. Aquí destacan nuevamente los relatos de los profesores Víctor y Ernesto para reconstruir cómo vivieron el proceso de formación basada en la investigación durante su recorrido como estudiantes en la licenciatura. Por un lado, el profesor Ernesto señala que el proceso de investigación que realizaban los estudiantes de medicina de las primeras generaciones estaba muy ligado a la práctica clínica y a la atención de la población en las comunidades.

Aunque fuera investigación surgida y asociada directamente a la práctica clínica, por ejemplo, en las estancias en los hospitales, sí se trató siempre en esa etapa inicial de que la investigación tuviera una noción poblacional colectiva, no de salud pública, sino en poblaciones.

(Entrevista profesor Ernesto)

Por ejemplo, en el módulo de Reproducción, que versaba sobre los procesos de embarazo y nacimiento de la vida humana, menciona que mientras realizaban sus guardias en los centros de salud de maternidad también salían a las comunidades que se encontraban alrededor en la búsqueda de mujeres embarazadas para realizar trabajo médico comunitario:

En Topilejo íbamos al centro de salud de Topilejo, ahí operábamos [trabajábamos], hacíamos guardias, estábamos en consulta acompañando a los médicos o médicas, principalmente varones en ese momento, y también salíamos a la comunidad, a la población de Topilejo, a buscar embarazadas entre comillas para detectarlas y hacer educación para la salud, cuidado del embarazo, medida de control (Entrevista profesor Ernesto).

La investigación, nos menciona el profesor Ernesto, se basaba en el aprendizaje en la práctica clínica y era acompañada con la recolección de datos sobre los individuos y sus familias, además de indicadores de desarrollo económico mínimo: condiciones de vivienda, condiciones socioeconómicas de la familia, trabajo, educación, etc. Con ello, los estudiantes hacían investigación conociendo las condiciones sociales y del contexto de la población que atendían en las clínicas y centros de salud, además, construían conocimiento a partir del trabajo directo con problemas específicos. Estas concepciones correspondían a las demandas que se le hacían a la medicina latinoamericana en la década de los setenta, donde se solicitaba que el personal médico comprendiera los procesos de salud y enfermedad de las poblaciones, dentro de las condiciones específicas de sus comunidades y no solamente en las clínicas u hospitales. La formación médica de la UAM-X surgió con ese propósito.

Por su parte, el profesor Víctor, contrario a lo que mencionó el profesor Ernesto, nos señala que el mismo suceso de ir a la comunidad de Topilejo a buscar mujeres embarazadas, fue un proceso donde se pudo evidenciar la falta de formación de algunos docentes para realizar y ajustar la investigación a los temas relevantes en la comunidad, en este sentido recuerda:

Pues anduvimos calles y calles y no había mujeres embarazadas... se le cayó el proyecto porque no había mujeres embarazadas, porque había un maldito programa de planificación familiar que estaba trabajando de manera intensiva para que las mujeres no se embarazaran porque el país estaba creciendo como loco y era una política así vertical y durísima de la Secretaria, la planificación familiar... (Entrevista profesor Víctor)

Ante esto, el profesor Víctor recuerda y reflexiona, ya con la experiencia como docente e investigador, que este suceso más que hacer caer el proyecto, hubiera sido una oportunidad de realizar investigación:

Ahora, el tiempo te hace ver y decir «es que era la oportunidad» o sea, ahí brincó el problema y ni Rogelio, digo perdóname porque ya no se puede defender porque ya falleció, ni nadie de toda la carrera fuimos capaces de entender que la realidad te obliga, ahí teníamos un problema de investigación buenísimo. (Entrevista profesor Víctor)

En otro relato que nos compartió el profesor Víctor, de su tiempo como estudiante, se observa otro ángulo acerca de la escasa experiencia de los docentes para atender la investigación formativa con los estudiantes:

Nos fuimos al Hospital General y lo que hizo el docente que teníamos ahí es: «investiguen lo que quieran», pero así de «lo que quieran», «lo que quieras, wey», pero me entiendes, divorciado del proceso del módulo, del proceso educativo digamos, o sea, es cumplir un requisito del módulo: una investigación [...] Yo tuve la enorme fortuna de que estaba rotando en Dermatología y un día vi un caso en el consultorio de una persona con Lepra, dices: «¿lepra?, ¿en el siglo XX?, ¿cómo?», entonces me llamó mucho la atención, me empecé a ir por ahí y terminé haciendo mi investigación yo solito de la historia de la Lepra en México. Aprendiendo no de la Lepra como enfermedad, sino de la historia. Y nadie me dijo nada y se la di a mi profesor y me dijo «oye, qué bueno está esto», pero ya ¿qué tenía que ver con todo lo demás? Podía haber sido la historia de los jitomates yo creo, se nos fue. (Entrevista profesor Víctor)

Este comentario denota la falta de experiencia en investigación que existía por parte de algunos docentes. Sin embargo, también se observa que la investigación formativa ha sido desde el inicio un elemento importante de trabajo para la formación en el SM de medicina de la UAM-X, hasta el día de hoy cuando sigue vigente. La oportunidad que tuvo el profesor Víctor, siendo estudiante, de realizar una investigación de corte histórico, refleja algunas posibilidades de formación que el mismo modelo posibilita, aun cuando en el escenario no están todos los elementos habilitados para ello.

Uno de los profesores con menor antigüedad en la carrera y formado en otras instituciones, hace una distinción importante entre lo que él denomina investigación generativa e investigación formativa. Considera que la primera es la que realizan los profesores investigadores a partir de algún proyecto que puede tener o no financiamiento, que tiene objetivos específicos y busca hacer aportaciones que van más allá del trabajo del aula. En cambio, considera que la investigación formativa, reconocida también como investigación modular, tiene propósitos pedagógicos; está orientada al trabajo con los estudiantes, y su propósito es que ellos vayan aprendiendo a utilizar herramientas de investigación en el marco temporal de cada módulo/trimestre. Lo relata en estos términos:

[La investigación formativa] es un instrumento que sirve no necesariamente para generar un conocimiento nuevo, qué bueno que eso pasara, pero es complicado que se haga eso en doce semanas, efectivamente tenemos un límite en temporalidad... lo que podemos generar es un puntito comparado con otro tipo de investigaciones, con otra estructura, otra financiación, otros objetivos a mediano y largo plazo y es formativa porque les enseñan no solamente a investigar, tanto como a tomar elementos del módulo para que puedan poner en práctica alguno de los conocimientos, o sea, no es solamente que muestren o demuestren algo, sino que lo que van aprendiendo lo utilicen. Eso tiene también la ventaja de que les forma en la teoría de la investigación, qué es investigar, qué es un objetivo, qué es una pregunta de investigación, qué es una hipótesis, qué es todo esto, y de manera indirecta me parece a mí que les forma también en el análisis de literatura científica; no es lo mismo alguien que nunca ha tratado de llevar un proyecto de investigación chiquito y se encuentra ante un artículo, que alguien que en su vida ha tratado de hacer investigación y ve un artículo (Entrevista profesor Javier)²⁶.

²⁶ De los entrevistados es el profesor con menos tiempo en la UAM-X, tiene menos de una década. Ha rotado su labor docente entre la licenciatura de medicina, el Tronco Interdivisional (TID) y los posgrados en salud que tiene la UAM-X. Es un crítico del SM, de su estructura y contenidos. Considera que el trabajo de formación en medicina en el SM se ha estancado. Dentro del gremio de la investigación biomédica en México es reconocido, sin embargo, en la licenciatura de medicina de la UAM-X ha recibido tanto apoyo como críticas por intentar hacer modificaciones al plan de estudios de la licenciatura.

Aun entre tumbos, vacíos y complejidades, se pueden observar los primeros esfuerzos de intervención por parte de docentes y estudiantes para llevar a cabo la construcción del SM, tomando en cuenta lo que se demandaba en las discusiones latinoamericanas, una medicina con carácter social que interviniera en las poblaciones. Pasemos ahora a la práctica clínica, un elemento de formación que refleja tanto las carencias del modelo modular, como algunas bondades.

c) Pérdida de docentes medulares en la construcción de lo modular

Una de las problemáticas que incidieron en el proceso de construcción del nuevo modelo de formación de médicos de la UAM-X ocurrió en los años ochenta, con la partida de varios profesores y profesoras que participaron en el proyecto del sistema modular desde sus orígenes. Eran docentes que habían defendido este nuevo modelo de formación de médicos con orientación social e investigativa. Varios docentes que impulsaron el proyecto desde sus comienzos y que provenían del exilio generado por las dictaduras de Argentina, Uruguay y Chile, pudieron retornar a sus países una vez terminadas las dictaduras, para continuar con su labor en contextos políticos favorables. Un ejemplo claro fue el caso de Don Edgardo Enríquez, médico chileno exiliado en 1975. Por su manera de enseñar anatomía, sus clases fueron un referente de valor en la UAM-X. Hasta el día de hoy se mantiene una placa con su nombre en uno de los laboratorios donde impartía clases. Quienes lo conocieron destacan sus cualidades como profesor, en documentos institucionales se rememora la forma singular en que enseñaba:

[Cuando hablaba de] las redes vasculares, las estructuras óseas, la conformación de los trayectos nerviosos, [estos] eran presentados en clase, invariablemente, en asociación con ejemplos provenientes de la clínica, conciliando directamente a la ciencia básica con su dimensión aplicada. Este principio didáctico esencial, correlato necesario entre la teoría y la práctica, anunciaba una capacidad de integración y una integridad personal que fuimos descubriendo en ese profesor atípico y siempre atento a los estudiantes (UAM-X, 1994).

Una profesora de ese tiempo lo recuerda como un referente importante de la enseñanza de la medicina en el sistema modular ya que ponía en práctica diversos

elementos del modelo educativo, rasgos de una práctica docente que se fueron con él cuando partió de vuelta a su país:

[...] él tenía un laboratorio de morfofisiología²⁷, tenía incluso un cadáver allí, pero no era para hacer disecciones ni para faltarle al respeto como se hace en la Facultad de Medicina, que yo lo viví. Era un cadáver que iba junto con otras cosas en ese laboratorio donde había laminillas, había microscopios y había otras cosas. Cuando se va Don Edgardo se acaba eso, al grado tal de que estaba cerrado su laboratorio durante mucho tiempo porque no sabían qué hacer con el cadáver, o sea, ya no había dueño del cadáver, ya no había quien supiera que hacer con ese espacio. Pero esa idea de que hubiera un espacio en donde los estudiantes pudieran informarse sobre la región pélvica y sobre la fisiología del parto, ese lo inventó Don Edgardo, y las primeras generaciones se formaron con él dentro del SM. Pero ¿qué fue lo que pasó? Se fue Don Edgardo, [y se fueron otros] y la estructura médica [que era] cuadradísima, entonces, tú hazle entender a un médico o a una enfermera lo que es el SM y simplemente no lo entienden. Entonces, entienden por SM que preparen una clase en los libros, no en revistas, sino en libros (Entrevista profesora Carmen)²⁸.

En el libro “El Sistema Modular”, compilado en 1996 por María Isabel Arbesú y Luis Berruecos, profesores del Departamento de Relaciones Sociales, quedó el registro de un importante ejercicio de reflexión y revisión institucional por parte de buena parte de los docentes de cada una de las tres Divisiones Académicas de la UAM-X. En dicho libro se encuentra el ensayo “Momentos Relevantes del Sistema Modular” escrito por Berruecos (1996), el cual refirió que el estado en ese entonces del SM se veía desdibujado y existía un desconocimiento de sus bases, de manera principal, y tal

²⁷ La Morfofisiología humana estudia la forma, estructura y función del organismo; así como las leyes y principios que rigen su organización, desarrollo y relaciones con el medio externo.

²⁸ Llegó a la UAM-X en 1981, también bajo la rectoría del Dr. Bojalil. Médica de formación en la UNAM y en medicina comunitaria. Estuvo a cargo varios años del módulo Educación en Salud, donde promovía los principios básicos para el trabajo en comunidades. Sin embargo, a partir de la presencia de instancias que acreditaban y organizaban la formación médica en México, que llevaron a la UAM-X a mediados de los noventa a modificar su plan de estudios, removieron el módulo que impartía la profesora. A partir de este momento también terminó la participación de la profesora dentro de la licenciatura. Posteriormente ha estado involucrada como docente tanto en los posgrados en Medicina Social y Salud Colectiva, así como participado en el Tronco Interdivisional de esta casa de estudios.

situación se atribuía a la ausencia de docentes que sostuvieran la columna vertebral del modelo educativo:

Maestros se han ido a otras universidades, hemos lamentado la ausencia permanente de otros cuyo recuerdo sigue vivo [...] Los programas originales ya no existen. Cada quien define lo que es el Sistema Modular; es más, hay profesores que con diez años en la Unidad aún no conocen ni se han tomado la molestia de averiguar de qué se trata [el SM]. Se hacen esfuerzos, los fundadores luchamos contra viento y marea por volver, no a la nostalgia y el recuerdo, sino a los lineamientos originales que cada vez se pierden más (Berruecos, 1996, p. 346).

La desaparición dentro del mapa docente de algunas figuras, como la de Don Edgardo, entre otros, produjo que el grupo de profesores asociados al proyecto original, que tenían un peso muy importante en la toma de decisiones y en la forma de enseñar medicina en el SM, se encontraran frente a una situación de desconcierto y dificultad para seguir sosteniendo la propuesta de formación. Se habían debilitado los principales referentes para trabajar, comprender y desarrollar el concepto de Objeto de Transformación, relevante en la propuesta del SM y cuya importancia era central en los procesos de aprendizaje que se pretendía en este modelo. Si bien dicha perspectiva fue heredada por quienes integraron las primeras generaciones de estudiantes, darle continuidad no representaba un proceso sencillo. La retirada de Don Edgardo, así como de otros profesores produjo que el proceso de establecimiento del SM se desestabilizara; aunado a esto, aparecieron nuevos actores, ajenos al proyecto y a las prácticas de enseñanza asociadas al modelo del SM que provenía de docentes que habían participado en el proyecto original. Esto ocurrió también porque con el paso del tiempo se fueron debilitando, hasta desaparecer, las actividades de formación docente en el SM.

d) Desaparición de programas de formación docente

Durante la década de los ochenta la matrícula de la carrera creció cada año y se requirió la contratación de nuevos profesores y profesoras en la planta docente de medicina. No tenemos el número exacto de profesores que se incorporaron entonces, pero en diversos documentos, entre otros, en los cuadernos de Formación docente y en algunas compilaciones que relatan los primeros esfuerzos de conformación de la UAM-X, se

señala que la contratación de docentes fue masiva, ingresaron para atender demandas urgentes en la docencia y, debido a ello, muchos de ellos no pudieron participar en los programas de formación docente en el SM. Durante los primeros años, comentan los maestros, se trabajaba de manera colectiva para que los nuevos docentes se familiarizaran con el SM. Un claro ejemplo de ello fueron los libros de formación en el SM que señalamos en el capítulo pasado, donde se explicaba cuáles eran aquellos conceptos del modelo educativo. Por otro lado, en 1984 se organizó un Congreso de Bases Conceptuales para redefinir rumbos pedagógicos, congreso que jamás se volvió a realizar (Berruecos, 1996, p. 344). Sobre los esfuerzos de esos primeros años en torno a organizar y sostener una formación docente basada en el conocimiento del modelo educativo del SM, uno de los profesores que participaron en ese proceso comenta lo siguiente:

[...] ese núcleo trabajó por un periodo de más o menos 5 años, pero a los 5 años el director de División Ciencias Biológicas y de la Salud nuevo que llegó, desbarató el programa por intereses políticos, o sea, este núcleo de profesores nos fuimos al Tronco Interdivisional (TID). Entonces nos llevamos esto al TID, seguíamos haciendo ese trabajo en el Tronco, pero ya no era una política institucional, ya no se llamaba Programa Integral de Formación de Profesores, los profesores no estaban obligados a tomar los cursos, entonces lo que hicimos ahí fue empezar a hacer un programa de formación docente desde el TID que hiciera que los profesores que estaban en el Tronco pudieran nuclearse otra vez en colectivos a partir de los trabajos de diseño curricular, de diseño del módulo y de la elaboración de materiales didácticos para el módulo de Conocimiento y sociedad. (Entrevista profesor Mario)²⁹

La desaparición de este programa de formación docente en la licenciatura de medicina y en general en la UAM-X, podemos atrevernos a mencionar que produjo una pérdida de los cimientos en los que se basaba la identidad del modelo educativo del SM.

²⁹ Ingresó a la UAM-X como profesor en 1978 en el Departamento de Atención a la salud. A principios de los ochenta se incorporó a trabajar en el diseño de los programas de formación docente que servían para integrar a los nuevos docentes al Sistema Modular. A los pocos años, el programa ya no fue considerado necesario y se canceló. El profesor continuó su labor docente en el mismo Departamento y años posteriores se integró a la División de Ciencias Sociales y Humanidades.

Como lo mencionamos en el capítulo II, los cuadernos de formación docente sirvieron para condensar el trabajo colectivo de construcción de modelo educativo de Xochimilco; sin embargo, al enfrentarse la institución al crecimiento de la matrícula de medicina, a la contratación de profesores que provenían de otras perspectivas de formación en medicina, y a la pérdida misma del programa de formación de docentes basado en la lógica del sistema modular, el trabajo colaborativo, eje central de la propuesta del SM, perdió fuerza, como se menciona en uno de los relatos:

[...] los profesores entraban a un taller como parte de su actividad docente, que me parecía a mí bastante afortunado el asunto. Eso se perdió. Entonces contratas docentes a los que les dices: «oye, nada más que aquí es SM». ¡Ah!, ¿Sí?, «¿cómo es eso?», «que los alumnos den la clase», «ah, pues a todo dar». Una deformación en ese sentido. La masificación de los docentes en ese sentido fue siendo como difícil poder mantener un proyecto como este de formación docente para el SM, se perdió (Entrevista profesor Víctor).

Además del debilitamiento de este proyecto dentro de la licenciatura de medicina, uno de los elementos más importantes que distinguió sus primeros años y que se conjuntó con los que hemos mencionado hasta el momento, fue el gradual desgaste del trabajo colectivo entre docentes. Este hecho no fue menor, y tiene diversas aristas por analizar. Para una de las profesoras, no haber sostenido el programa de formación en el SM fue la equivocación más grave en la licenciatura de medicina:

No haber formado profesores, ese es el error más grande. Dejar que cada quien hiciera lo que se le diera la gana. Por ejemplo, no había reuniones de profesores intermodulares, o sea, acuerdos de profesores que trabajaran el mismo módulo o la misma fase porque en ese tiempo había fases (Entrevista profesora Carmen).

En la misma línea se expresa otra reflexión desde la perspectiva de la situación actual:

No hay una política que busque fortalecer la docencia y asegurar mecanismos para que la docencia por lo menos discuta qué demonios es el SM y ver cómo hago para instrumentar eso en un módulo. Eso está perdido. Aquí tuve una coordinadora de la licenciatura que venía

y hablaba de las materias de la carrera ¡la coordinadora de la carrera!
Ni siquiera sabía que aquí no había materias (Entrevista profesor Víctor).

Son diversos los factores que intervinieron y se sumaron al rápido debilitamiento del proyecto del SM: la pérdida del trabajo colectivo, la desaparición del proyecto de formación de profesores en la perspectiva del SM, la repatriación de una parte medular de la generación de docentes latinoamericanos que dieron origen a la licenciatura de medicina hacia sus países de origen, la tergiversación del sentido de lo modular interpretado como “que los alumnos den la clase”, el aumento acelerado de matrícula y la contratación masiva de docentes que no conocían el sistema modular y a los que no se les preparó en el mismo para el ejercicio docente en la licenciatura de medicina, todos esos elementos contribuyeron a la pérdida de fuerza del proyecto del SM cuando aún estaba en proceso de construir las bases de su modelo en la práctica, y que podemos afirmar que no logró concretarse cómo se pretendía en los orígenes.

e) Claudicación de docentes claves para el desarrollo del SM

Además de lo antes mencionado, podemos señalar que existió también una claudicación, principalmente de profesoras en medicina, como se revela en la entrevista a uno de los profesores con más antigüedad en esa licenciatura:

[...] en medicina sí hubo una renuncia, sí hay una claudicación, la gente claudicó, o sea, hay profesoras que estuvieron en la carrera que ya no están más. Te doy nombres, por ejemplo: Coni fue profesora de la licenciatura de medicina y probablemente la gente que más sabía de educación en salud y de promoción de la salud en toda la UAM, tiene un doctorado en la Universidad de Londres en educación. Coni probablemente es la gente que más sabía de educación en salud y de promoción de la salud en toda la UAM, se ha dedicado toda su vida a cuestiones de promoción de la salud y de investigación cualitativa. Hace 10 años o 15 que no da clases en la licenciatura de medicina. Ella no va y tampoco la piden porque su perfil ya no les gusta, porque tiene un trabajo social importante, tiene un trabajo de salud con comunidades y eso ya no les gusta (Entrevista profesor Mario).

Deyanira da clases en nutrición, en lugar de dar clases en medicina. *Deyanira* es una de las gentes que más sabe de reproducción, y no reproducción en el sentido gineco-obstétrico de la palabra, sino en toda esta investigación en salud que se ha generado alrededor de la reproducción humana que tiene que ver con todos los movimientos del cuidado de tu propio cuerpo y de resistencia contra la dominación de otros. Es una de las gentes que más trabaja, que más ha discutido alrededor de la píldora del día después, alrededor de las mujeres, de interrumpir su embarazo, es de las que más sabe de eso, de las que más ha trabajado asociado a eso en organizaciones, en núcleos, en escritos. No está en el ramo de la medicina, no lo va a estar porque no les interesa que esté (Entrevista profesor Mario).

Catalina nunca regreso a la licenciatura de medicina, terminó dando clases en la maestría de Desarrollo rural, y se fue de la UAM a fundar la escuela de medicina que creó López Obrador, entonces creó la escuela de medicina en Tlalpan. *Catalina* fue quien hizo el plan de estudios y quien lo dirigió y se fue de la UAM para trabajar en eso, y ahí se murió en la escuela de medicina en Tlalpan, que todavía no tiene status de universidad, todavía no tiene una generación egresada y ahí estuvo (Entrevista profesor Mario).

Esta claudicación tiene que ver con movimientos políticos, así como con el desgaste de la idea originaria. La identidad institucional en torno al sistema modular estuvo definida en los primeros años por la tarea de formar docentes y estudiantes orientados en la medicina social. Esta tarea se nutrió de las discusiones internacionales de la década de los setenta, que promovía la atención médica a través de la promoción y prevención de la salud llevada a cabo por médicos con orientación social, comunitaria, rural, entre otras. Sin embargo, esto no pudo sostenerse en el trabajo de la UAM-X, debido a los motivos que hemos resaltado en los anteriores subapartados: la falta de programas de formación docente, la extinción de figuras nodales de la licenciatura de medicina, así como el ingreso de nuevos actores docentes, médicos entre otros, formados bajo otros modelos y ajenos al proyecto originario; aquellas bases de los primeros años, aún en construcción, se debilitaron y generaron fracturas en la lógica del modelo, lo llevaron hacia otra lógica, alejada de lo modular.

Como nos dice Schvarstein, “la organización es quien materializa el orden de la institución. La institución atraviesa el modo en que deben comprender los modos de hacer y de pensar” por parte de los sujetos (2004, p. 30). A pesar del trabajo tan arduo que llevaron los primeros profesores de medicina en la UAM-X, el proceso de institucionalización de una medicina social y el trabajo de formación médica con orientación social se vio dificultado por diversas razones, tanto internas en la institución como de demandas externas. Surgen las preguntas ¿por qué una institución cambia el sentido de la tarea propuesta en los primeros años de existencia? ¿Cómo se da este proceso de transición?

Una de las principales razones internas se debe a que los primeros profesores propulsores de la propuesta modular por una medicina social no continuaron por diversas razones en la UAM-X. Eran médicos provenientes de países con dominio de las dictaduras tanto chilenas, como uruguayas y argentinas, países a los que regresaron una vez terminada la problemática. Además, al pasar los años varios profesores también fallecieron y con ello se fueron borrando las huellas de la tarea que se habían propuesto, como fue el trabajo realizado por Juan César García, quien era para muchos el principal ideólogo del proyecto de medicina social en la UAM-X, y que, a pesar de trabajar desde la OPS y llevar a cabo varios encuentros con los primeros profesores de la licenciatura, su labor no alcanzó a consolidarse en la práctica. Un profesor que participó en aquellos encuentros, menciona que cuando García escribió el llamado “Objeto de Transformación” junto con Ferreira y Villarreal, muchos profesores lo interpretaron como una manera constructivista de plantear el desarrollo de la formación en la UAM-X, sin embargo, en aquellos encuentros García les decía que él más bien “pensaba en la transformación a partir de Karl Marx”, consideraba que se llegaba a un cambio social “a partir de la intervención de las diversas profesiones”. Dicho planteamiento fue retomado por algunos, pero no logró asentarse en el proyecto al pasar las décadas. La pérdida de García y otros docentes de la UAM-X de aquellos tiempos tuvo repercusiones en la visión de una formación en medicina con orientación social.

La base de la planta docente en medicina paulatinamente se fue modificando al llegar a la segunda década de vida de la UAM-X. Nuevos actores entraron al proceso de formación de médicos en la UAM-X, lo cual introdujo nuevas concepciones que no precisamente correspondían a la idea inicial. En este sentido, podemos retomar lo dicho por Berger y Luckmann cuando apuntan que en el proceso de objetivación de la

institución es necesario desarrollar mecanismos específicos de controles sociales, aunque siempre es probable que un actor institucional se desvíe de programas fijados por otros, que de aquellos que uno mismo ha contribuido a establecer (Berger y Luckman, 1991, p.85).

En el caso de la licenciatura de medicina se dejó de trabajar en los procesos de formación docente en el Sistema Modular, los cuales eran cursos necesarios para adherir a los nuevos profesores al modelo, al proceso de comprensión de las lógicas originarias de la institución. La formación de médicos orientados a la medicina social sigue siendo una tarea pendiente en el proyecto de medicina en la UAM-X, ya que el sentido de la propuesta original ha registrado reorientaciones hacia concepciones de formación médica tradicional y hegemónica. La entrada de nuevos profesores no formados en el SM, tampoco introducidos a las lógicas de dicho modelo educativo como formadores, llevó a que en la UAM-X la formación se orientara en los hechos hacia prácticas en clínicas y hospitales, induciendo la formación en medicina hacia un eslabón “natural”, el de las especialidades médicas, que a inicios de los noventa tuvo un gran auge e institucionalización en el gremio médico del país con el surgimiento de las comisiones de educación médica en México que promovían la regulación de la formación médica.

Ante este escenario, la atención a los procesos de acreditación fue un asunto que trajo más perturbación al proyecto de SM aún en construcción, ya que implicó reajustes internos ante demandas externas. ¿Cómo una institución podría defender su proyecto si la base que construyó durante los primeros años se vio mermada por movimientos internos y cuestiones del contexto histórico como los procesos de evaluación y acreditación de las carreras en las instituciones de educación superior del país?

f) Las Prácticas clínicas prematuras y la participación comunitaria

Durante los primeros años de la Licenciatura de medicina, los estudiantes realizaron prácticas clínicas tanto en centros de salud, como alrededor de los mismos, en las poblaciones de las comunidades. La idea era que los estudiantes de medicina realizaran trabajo de atención primaria en las comunidades existentes de la Ciudad de México, situación que se sostuvo varios años. No obstante, en los hechos también ocurrió que los estudiantes empezaron a realizar prácticas clínicas en los grandes institutos de salud pública, como el de Cancerología, el Nacional de Cardiología, el de Nutrición, etc. El

resultado es que se trabajó, podríamos decirlo, en un modelo híbrido, por un lado, el flexneriano, encaminado hacia las especializaciones, que consistía en ir a los centros hospitalarios de segundo y tercer nivel a aprender la práctica médica, y por el otro, el modelo orientado hacia la medicina social, que pugnaba por una práctica en las comunidades como vía para comprender desde el contexto social particular, los procesos de salud y enfermedad de las poblaciones.

Otra cuestión muy particular de la formación en medicina de la UAM-X es la incorporación temprana a las prácticas clínicas. Se comienzan a realizar al finalizar el tronco común, es decir, desde el cuarto trimestre, que corresponde al inicio del segundo año de estadía en la universidad, que es cuando apenas comienzan a ver los contenidos específicos de la licenciatura de medicina. Esta característica difiere de lo que ocurre en otras instituciones. En general, los estudiantes de las licenciaturas de medicina en otras instituciones, como la UNAM, inician las prácticas clínicas al finalizar el segundo año, después de un primer año en el que cursan materias básicas de la disciplina médica. En la UAM-X, la incursión temprana en hospitales pudiera interpretarse como “se va a aprender en la práctica”. No obstante, para algunos docentes dentro de la misma universidad ha resultado polémico que los estudiantes vayan a formarse en el campo dado la complejidad y responsabilidad que implicar la labor médica. Recordemos que los primeros tres trimestres (el primer año) ingresan a un tronco común para las diferentes carreras y áreas (tronco interdivisional), luego transitan a un tronco divisional, que corresponde a las carreras ciencias básicas y de la salud; es hasta el cuarto trimestre que empiezan los módulos asociados a contenidos específicos de la carrera de medicina. El debate entre estudiantes y docentes sobre la pertinencia de iniciar las prácticas clínicas cuando recién han ingresado al tronco de la carrera se muestra en el siguiente relato:

Porque desde el primer módulo de la carrera, es decir el cuarto módulo “el hombre y su medio ambiente” o “el hombre y su medio interno”, teníamos actividades prácticas en hospitales, guardias, hacíamos guardias una vez a la semana o dos veces no recuerdo exactamente ahora. Y aunque no sabíamos nada de Anatomía, por ejemplo, pues a partir de las necesidades que nos creaba la práctica [en hospitales y clínicas] era que nosotros construíamos el conocimiento, y pues a leer en el libro tradicional (Entrevista profesor Víctor).

La necesidad de buscar el conocimiento requerido para atender las problemáticas metodológicas, técnicas y teóricas que aparecían en la práctica clínica es uno de los rasgos esenciales del SM. La intervención por parte de docentes y estudiantes en las comunidades produjo, para algunos estudiantes un momento importante en la formación, un encuentro con lo que el modelo proponía, a pesar de las complicaciones en la ejecución de la actividad. Para otros el desafío fue mucho mayor y no siempre sencillo de resolver.

En un nivel de aprendizaje, el problema de la realidad que generaba el objeto a estudiar a través del aprendizaje, en este caso la intervención en la atención de los problemas de salud primarios produjo conocimiento como nos lo explica el profesor Ernesto en su experiencia como estudiante de la primera generación ya que menciona que esto que era un distintivo positivo se perdió con el paso del tiempo:

[...] esa experiencia de la actividad práctica como generadora del conocimiento se perdió, y lo que sucedió años después y me parece a mí que prevalece hasta el momento actual es al revés, primero el aprendizaje teórico y luego la aplicación práctica del conocimiento. Para mí y para nosotros en esa primera generación, y bueno, las dos, tres primeras generaciones era al contrario: de la práctica producir conocimiento (Entrevista profesor Ernesto).

Aquellas primeras generaciones encontraron en el trabajo en comunidades y en las clínicas para la atención de primer nivel, podríamos atrevernos a decir, otra forma de hacer medicina, más allá de la tradición flexneriana del médico que recibe a los enfermos en los centros hospitalarios y más cercana a la idea de comprender los procesos de enfermedad en los espacios donde ocurren. Entre las experiencias positivas se destaca la de varios estudiantes de medicina de las primeras generaciones, generaron un grupo que logró constituir un consultorio en el Ajusco para ofrecer atención médica elemental y también para canalizar a otros servicios médicos a las personas que lo requerían, especialmente cuando el problema de salud salía de las posibilidades de acción de los involucrados en dicho consultorio:

[...] la gente de allá del Ajusco demandaba servicios médicos, que les apoyáramos, y con lo poco que sabíamos y todo lo que ignorábamos nos involucramos en ese proyecto. Entonces formamos un consultorio,

que era recolectar medicamentos de las casas, vencidos, caducados, no usados, lo que fuera y con nuestra escasa formación clínica la demanda era esa. Claro, la atención era elemental pues cosas simples: diarrea, enfermedades respiratorias mínimas y algunas cosas que medio sabíamos qué era algo más grave, pero no sabíamos que era, pues sugerirles que fueran a los centros de salud del gobierno de la ciudad, en aquel momento, del Departamento del Distrito Federal. Entonces, ese grupo de trabajo terminamos siendo unas diez personas y pues lo manteníamos abierto toda la semana, en las tardes, entonces salíamos aquí de clases, nos íbamos, teníamos un rol cada día, era por pareja, siempre para liar un poco la ignorancia de uno, entonces siempre había alguien más con el que trabajábamos. Y ese grupo creció mucho porque después se constituyó, eran lugares que nos daban los pobladores, otros dos en la misma zona de los pedregales en Santo Domingo y otro no me acuerdo cómo se llama exactamente, muy pegado a División del Norte (Entrevista profesor Ernesto).

Incluso la inmersión de este grupo de estudiantes en la atención elemental de dicha población, pasó a tener otro nivel de participación en esta comunidad:

Nuestra intención no era quedarnos en la atención médica sino propiciar dos cosas: uno, acciones que mejoraran la salud en función de mejorar las condiciones de vida, la lucha por el agua, la lucha por la introducción del drenaje, la lucha por las pavimentaciones de las calles, por un lado, eso como en procesos políticos de demanda al gobierno de la ciudad, para nosotros era el sentido de mejorar la salud; y dos, la organización política donde la gente, a partir de hacer acciones colectivas, pudiera organizarse políticamente y luchar por sus derechos, ¿Cuál era la demanda fundamental de esa gente en ese momento? La tenencia de la tierra. Nosotros no dirigíamos y eso es muy importante, nosotros participábamos, orientábamos, organizábamos a partir de la salud, creando comités de salud, pero obviamente identificando gente que tuviera capacidad de liderazgo, fundamentalmente mujeres, y dándoles herramientas de organización

según lo que sabíamos y habíamos podido construir y dándoles elementos técnicos, de argumentos, [diciéndoles] «porque la falta de drenaje produce enfermedad tal y tal» (Entrevista profesor Ernesto).

La participación comunitaria y política que tuvieron estos estudiantes de medicina sirvió para que en 1978 se organizara el primer movimiento estudiantil de la UAM-X. Debido a la expansión masiva de la matrícula de estudiantes de medicina en el país durante esa década, así como la poca coordinación que existía entre los sistemas de salud y de educación superior, no se alcanzó a otorgar el número de plazas necesarias para que todos pudieran realizar servicio social en alguna institución de salud. Particularmente en la UAM-X preocupaba esto a los estudiantes ya que era un requisito para obtener el grado. Como consecuencia, los estudiantes se organizaron para ir con el entonces rector, Dr. Luis Felipe Bojalil, a solicitar plazas para todos los estudiantes. Con el apoyo de los profesores se logró que el Dr. Bojalil fuera al sistema de salud y se obtuvieran plazas para brindar atención en comunidades del estado de Veracruz.

El director de la Secretaría de Asistencia y Salubridad de Veracruz solicitó a los estudiantes que estaban realizando este movimiento que fueran a su estado a atender a la población. Los estudiantes se repartieron por las zonas de la Huasteca, Pánuco, Papantla y Misantla en el centro de Veracruz, y fueron asesorados por un grupo de epidemiólogos contratados por el Dr. Bojalil: el epidemiólogo Leonardo Werthein³⁰ quien trabajó en el ministerio de salud de Cuba, en la organización de las brigadas médicas en la región; también participó Alberto Munier con experiencia en la OMS al trabajar en un programa de erradicación de la viruela en la India, que para entonces ya tenía casi unos 600 millones de habitantes. Este servicio social universitario obtuvo grandes frutos ya que se trabajó en el programa financiado por la UAM de erradicación de las nematodiasis³¹, bajo una lógica epidemiológica y clínica. Posteriormente, debido a lo conseguido por parte de los estudiantes y a la riqueza formativa que representó el servicio social en Veracruz, la experiencia se expandió a otros dos estados.

³⁰ Leonardo Werthein (1935-2010) “fue médico por la Universidad de Buenos Aires (UBA) y epidemiólogo. Dirigió el Programa de Control de la Lepra de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública de Cuba. Formó parte del primer contingente cubano de internacionalistas en el campo de la salud. Trabajó en Nicaragua con el primer gobierno Sandinista. De allí regresó a Argentina unos 30 años después de haber llegado a Cuba”. <http://isco.unla.edu.ar/pasaje-lxs-maestrxs/leonardo-werthein>. Consulta realizada el 10 noviembre del 2022.

³¹ Las nematodiasis o nematodosis son enfermedades parasitarias causadas por gusanos nematodos.

A partir de estas vicisitudes dentro de los procesos de conformación de la licenciatura de medicina en la UAM-X, podemos observar que la línea que se intentó trazar en un comienzo fue teniendo diversos movimientos de la idea original, desde la concepción de qué se entendía por Sistema Modular, la cual para los fundadores fue medianamente clara, pero que tardó en replicarse, pasando por los métodos de enseñanza idóneos para la formación médica que se entendía como tradicional para esos momentos. Sin duda, el perder docentes que eran referentes y replicadores del SM fue una de las razones que más influyó en la delimitación del perfil de la carrera. Dichos personajes imprimieron su experiencia y concepción latinoamericana y social del quehacer médico.

Aunado a esto, el gradual debilitamiento de los esfuerzos en torno a los procesos de formación docente en el SM para aquellos nuevos integrantes a este nuevo modelo, produjo que la carrera se viera afectada al introducir formas y contenidos de enseñanza basados en comprensiones distintas de la formación de médicos. La identidad y claridad de lo que se comprendía como SM se fue imbricando con elementos de una formación médica cuya continuidad formativa se orientaba hacia las especialidades.

A pesar de ello, los primeros frutos de la formación médica orientada a lo social se lograron con las diversas participaciones que los médicos en formación tuvieron en algunas comunidades, esto producido aún por la idea de las primeras generaciones de docentes, aunque esto también se llevó a cabo con poca claridad y entre ensayo y error para los primeros estudiantes que tuvieron ese encuentro con la realidad en esos espacios, conocimiento de la realidad que se promovía desde los primeros documentos de la propuesta de formación en el SM.

Sin embargo, encontramos que estos pilares no bien cimentados al interior de la universidad debían encontrarse con la realidad externa, con el cuestionamiento y la demanda de evaluación y acreditación por parte de instituciones que empezaron a aparecer en el medio mexicano de formación médica y que empezaron a organizar y, hasta cierto punto, gestionar la manera en que las instituciones producían futuros médicos. Una de las primeras encomiendas fue diseñar el perfil de médico mexicano acorde a lo que se consideraba eran las necesidades del sector de la salud. Al encontrarse la licenciatura de medicina de la UAM-X en estos dos escenarios: por un lado, un esfuerzo por sostener la formación médica en el sistema modular, con las problemáticas internas planteadas en el capítulo, por otro, un proceso nacional, que da

cuenta de los primeros encuentros y cuestionamientos institucionales sobre la calidad en la formación de médicos, los cuales abordaremos en el siguiente capítulo, donde encontramos un punto de inflexión en el SM de la UAM-X, el cual trae diversas problemáticas a analizarse para entender la historia institucional actual.

3.2.- La otra batalla: contra la idea del especialista

Podemos analizar la relación que tiene el ser médico, envuelto en las demandas y funciones que lleva la profesión, partiendo del análisis de cómo se concibe su praxis. Partimos desde la concepción de la filosofía médica flexneriana, como un saber médico orientado al conocimiento de las enfermedades desde un conocimiento especializado validado científicamente. Las especialidades médicas han tendido a relegar un saber médico de carácter más general como un saber acotado a atender problemáticas específicas. Sin embargo, esta forma de acercarse a la enfermedad, al sujeto/individuo enfermo ha implicado que la relación médico-paciente se modifique. Esa experiencia que está mediada por un saber que observa y atiende la enfermedad ha pasado a reinar en la praxis médica. No queremos decir que esto ha afectado el conocimiento médico, sin embargo, consideramos que la formación en medicina social se ha visto modificada al priorizar conocer las teorías, las últimas versiones de las enfermedades y se ha pasado a un segundo plano el conocimiento de los padecimientos desde el paciente que enferma. Tanto el conocimiento especializado como el conocimiento general son necesarios para abordar la problemática del enfermo. En este sentido, analizar y atender la situación del enfermo desde el conocimiento general ha sido desplazada por el saber que alberga en el conocimiento científico construido en las facultades y escuelas de medicina. Consideramos necesario que exista una comunión entre ambas partes.

En la conformación del SM de la UAM-X pudimos notar una preocupación por priorizar que los estudiantes conocieran de primera fuente la experiencia de las personas que estaban padeciendo las distintas enfermedades, ya sea en los centros de salud en las comunidades, los grandes hospitales de la ciudad, o en los barrios de la ciudad de México. El desplazamiento a las comunidades para comprender el contexto en el que se desenvolvían las enfermedades de las personas que atendían era una particularidad de la formación de médicos en la UAM-X, misma que se fue viendo desplazada por otras formas como lo vimos en el apartado anterior.

Considero que la importancia de la técnica médica que escucha la experiencia del paciente enfermo es crucial para comprender de mejor manera los procesos de la enfermedad, la manera cómo el sujeto la ha vivido, y asimismo considerar una mejor intervención médica. Recupero una reflexión de Outón (2010) cuando dice:

Si lo que queremos es descubrir el ethos médico tenemos que recuperar al cuerpo como el espacio donde no solamente se expresa la enfermedad, la conciencia de vida como conciencia de muerte, la presencia de la necesidad, del placer, del dolor, del deseo, del sufrimiento, el cuerpo como el territorio de la memoria, de las heridas físicas y psíquicas que produce la existencia humana, tenemos que hacer aparecer por debajo del cuerpo, lo que permanece oculto, el sujeto (Outón, 2010, p. 46)

Ese cuerpo que expresa la enfermedad está mediado inevitablemente por la experiencia de la existencia; por ende, considero necesario que el saber médico también desarrolle esta hermenéutica en su quehacer. Sin embargo, desde un análisis preliminar de la investigación sobre la formación médica, pareciera que dicha técnica por la escucha de la experiencia se ha perdido en la práctica médica, privilegiando otras técnicas de exploración que revisan físicamente al cuerpo omitiendo a los sujetos que lo habitan. La escucha de la experiencia no forma parte fundamental de la formación médica, misma que se ha vuelto una tecnología médica y los aparatos de indagación han descuidado esta hermenéutica que había estado en el centro de la atención médica.

Podemos observar cómo la imposición de una formación centrada en recibir a los enfermos exclusivamente en el espacio hospitalario limita la perspectiva de atención de las enfermedades, dejando de lado una perspectiva distinta que intenta comprender la experiencia del paciente en su lecho.

Esta perspectiva se fue perdiendo frente a la hospitalaria. No es que la formación médica en la UAM-X buscara que los estudiantes fueran únicamente médicos generales, sino que la formación para las especialidades no era la prioridad en su proceso de formación, como lo relata uno de los entrevistados:

[...] las primeras generaciones desde luego tenían mucho más claro la ubicación social de su profesión y lo que eso significaba en términos de su práctica, aunque te volvieras especialista, había mucha más

conciencia de eso, primer punto. Sí había como una ubicación más clara en cual puede ser tu aporte, tu papel, tu función en la sociedad como médico, eso me parece que estaba allí, en el otro lado había conciencia (que probablemente son elementos de eso que luego llaman “ser autodidacta”) había como conciencia relativamente bien de tus límites, de tus limitaciones y la capacidad para llenarlas (Entrevista profesor Víctor).

A modo de cierre

Podemos observar que el perfil del médico UAM-X desde las primeras generaciones estaba volcado a entender la importancia de su contribución en la sociedad, y había un entendimiento generalizado de que la formación médica en la UAM-X tenía el foco en la comprensión de la enfermedad y del sujeto que vivía la enfermedad desde su contexto social particular y no en búsqueda de comprender estos procesos únicamente desde ciencias básicas. Sin embargo, el SM sufrió diversos cambios, no solo por la organización que no terminaba de definirse en los primeros años, sino por demandas que comenzaron a emerger en el escenario de la formación médica en México.

Capítulo. 4.- Demandas externas al modelo de formación médica en la UAM-Xochimilco

Como lo hemos analizado en capítulos anteriores, el proceso de conformación de la licenciatura de medicina de la UAM-Xochimilco tuvo distintos puntos de inflexión desde el interior de la institución, los cuales alargaron el asentamiento de las condiciones para la consolidación del proyecto en las aulas del Sistema Modular (SM). Esto produjo que tanto docentes como estudiantes involucrados en los primeros años de la carrera tuvieran que improvisar sobre la marcha la construcción del SM en la licenciatura de medicina, siendo un proceso de conformación nada fácil y con altibajos.

Aunado a esto, encontramos que el escenario de la formación médica mexicana a finales de los ochenta y principios de los noventa empezó a establecer marcos regulatorios para todas las instituciones involucradas en este proceso. La emergencia de instancias con el objetivo de evaluar y acreditar a las escuelas de medicina tuvo una relevancia creciente a la hora de tomar decisiones sobre las modificaciones a los planes de estudio en buena parte de las universidades mexicanas, y esto no pasó desapercibido en la UAM-Xochimilco.

En el escenario del sistema educativo mexicano de principios de los ochenta, centrado todavía en la expansión educativa, en aumentar la capacidad para albergar mayores estudiantes, no se había vuelto la mirada sobre temas relacionados con la calidad educativa. Fue hasta finales de los ochenta cuando en la educación superior empezaron a aparecer conceptos como evaluación, acreditación y certificación (Echeverría, 2001, p. 75). Estos conceptos emergentes en las distintas disciplinas formativas cobraron fuerza en el discurso universitario, llevaron a un gradual reacomodo y ajustes en respuesta a dinámicas y necesidades internas, pero también a criterios, indicadores y parámetros establecidos por instancias evaluadoras externas encargadas de acreditar y certificar los programas de las diferentes carreras.

Ya en el Programa de Modernización Educativa (1989-1994) se planteaba la necesidad de atender la calidad de la educación después de dos décadas de expansión de la matrícula en educación superior. Como parte de este proceso, en 1989 se creó la Comisión Nacional para la Evaluación de la Educación Superior (CONAEVA). Un año después dicha Comisión empezó a emitir recomendaciones, en principio, relacionadas

con la regulación del crecimiento de la matrícula en las carreras de medicina. De acuerdo con Flores et al. (2001), la matrícula aumentó de 28,731 en 1970 a 93,365 en 1980. En esa misma década se crearon 29 nuevas escuelas de medicina. El problema con tal expansión es que empezaba a poner sobre la mesa el tema del empleo para los egresados.

Organismos como los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES) creados en 1991 con la encomienda de realizar evaluaciones diagnósticas de los programas educativos y de las funciones institucionales, comenzaron a impulsar la evaluación y acreditación de instituciones y programas educativos y, como parte de ese proceso, a emitir recomendaciones a las Instituciones de Educación Superior para *eleva*r y *asegurar* la calidad de su oferta educativa (De la Garza, 2013, p.36).

4.1.- La acreditación de la licenciatura de medicina de la UAM-X: implicaciones en el proceso de formación

Para la licenciatura de medicina en México, el concepto de mayor relevancia ha sido la acreditación. Para una institución formadora de médicos, la aprobación de un organismo acreditador es sinónimo de reconocimiento público de la calidad de los programas académicos que ofrece, de su constante actualización en la medida que muestra que fomenta una cultura de mejora continua, y para las instituciones es expresión de haber logrado parámetros de calidad nacional e internacional (COPAES, 2010). Esto provee de ciertas ventajas tanto a los estudiantes como a la institución frente a las instituciones cuyas carreras no se encuentran acreditadas. Por ejemplo, en medicina, tienen especial consideración las instituciones formadoras de médicos que están acreditadas por los organismos correspondientes, ya que si obtienen la validación de que la *calidad educativa* de la institución es óptima, es porque han aprobado un proceso de evaluación y acreditación, y por ende, estudiantes y egresados de estas instituciones tienen un respaldo sobre la validez de los conocimientos obtenidos en su formación.

Sin embargo, el ingresar a un proceso de acreditación realizado por estos organismos en la licenciatura de Medicina de la UAM-X no fue un proceso sencillo ni asimilado de manera homogénea por la planta docente en los años noventa. Como señalamos en el capítulo anterior, múltiples problemáticas institucionales vivía la licenciatura, de los más importantes y determinantes fueron: la poca identificación con la

idea del Sistema Modular de los profesores que siguieron con el proceso de construcción de la carrera; la falta de formación docente en la lógica del mismo modelo educativo; la discusión constante sobre cuál era el perfil del médico que se intentaba formar, si uno con orientación hacia la prevención y la educación de la salud o uno con miras a atender las enfermedades en sistemas hospitalario con diferentes niveles de especialización.

Hacia el exterior también se miraba de una forma particular a la licenciatura de medicina de la UAM-X, iniciando por la concepción que había de la propuesta de formación, la cual fue para su momento considerada como innovadora al estar orientada a lo social, ello en comparación con la oferta de otras instituciones, y también, por estar construida sobre un sistema educativo nuevo y poco comprendido fuera del ámbito institucional e incluso dentro de la misma institución, en sus diferentes unidades. Esto no pasó desapercibido en los procesos de acreditación, los cuales se vivieron de manera álgida dentro de la universidad.

De acuerdo con un boletín de la UAM (2017), desde la aprobación por el Colegio Académico de la UAM en julio de 1978 y hasta 2016, “el programa de la licenciatura en medicina ha tenido seis adecuaciones y/o actualizaciones”. En el mismo boletín se señala que la UAM-Xochimilco se incorporó a los procesos de acreditación de la calidad a inicios del presente siglo, aunque dicho proceso en la educación médica en México inició en 1996. La licenciatura de medicina de la UAM-X obtuvo su primer certificado de acreditación en 2004, la segunda en 2010 y la tercera en 2016.

En el evento en que se recibió el tercer certificado de acreditación de manos de la doctora Zeta Melva Triana Contreras, presidenta del Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica, A.C. (COMAEM), ella expuso que dicho reconocimiento se otorgaba porque se había cumplido con los criterios, indicadores y parámetros de calidad establecidos por dicho organismo. Esto implicó que la institución, desde el primer proceso de evaluación, atendiera las observaciones al programa y fuera realizando los ajustes necesarios para lograr la acreditación de la carrera.

La evaluación y acreditación de la carrera, con fines de certificación, se realiza a petición de la institución educativa, en ese sentido es un proceso voluntario, pero de gran valor simbólico y material para la formación de los estudiantes. Al recibir el tercer reconocimiento de acreditación de la carrera, el doctor Rafael Díaz García, director de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, señalaba que la acreditación no sólo

representaba atender un tema de calidad, sino satisfacer condicionantes importantes que permitieran asegurar la formación práctica de sus estudiantes en las clínicas, hospitales y en el servicio social:

No sólo estamos cumpliendo con la calidad en nuestro plan de estudios, sino que también lo hacemos con otros requisitos fundamentales. En el caso de la Licenciatura en Medicina existe una norma oficial mexicana que tiene que ver con el uso de campus clínicos [...] Esta norma es muy clara y señala que para que una institución educativa pueda tener acceso a cualquier hospital, organismo donde se ofrezca servicio médico y poder enviar a los estudiantes como residentes o prestadores de servicio social, la opción educativa tiene que estar acreditada y afortunadamente [la carrera de medicina] ya la alcanzó por tercera ocasión (UAM, 2017)

La matrícula en la licenciatura de medicina del sistema modular había seguido creciendo y la institución necesitaba asegurar espacios para enviar a sus estudiantes a realizar las prácticas clínicas o el servicio social. Para lograrlo, la carrera debía estar acreditada, pero ¿bajo cuáles criterios, los del sistema modular o los de una visión hegemónica de la formación de médicos? En la descripción de hechos que llevan a cabo Flores et al. (2001), la base sustantiva de los criterios de la evaluación fue establecidos en la XXXVI Reunión Nacional Ordinaria de la Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM), realizada en 1993 en la ciudad de Mérida, Yucatán. Allí, los directores de las escuelas de medicina aprobaron los rubros a evaluar e incluso elaboraron un instrumento de evaluación tomando como base dichos acuerdos. Sin duda se fueron haciendo ajustes en el camino, pero la visión de la formación de médicos que marcó el proceso de evaluación y acreditación fue la de la ANFEM, y la de una formación que no era del todo convergente con la visión de medicina social del sistema modular de la UAM-X.

De acuerdo con el relato de uno de los profesores entrevistados, el proceso de acreditación representó un embate al trabajo en la licenciatura por parte del gremio médico mexicano que, en lugar de comprender las bases y orientación de la formación médica en la UAM-X, descalificaba su proyecto educativo:

[...] cuando digo embate, de veras digo eso, por parte del gremio médico, del poder médico, que cuando ve una cosa como esta, es peligroso, significa un reto, un desafío a lo instituido. Las descalificaciones vinieron muy rápido, muy, muy rápido. Yo oí gente de las instancias de decisión de la medicina, de la secretaria de salud, ahora con las acreditadoras diciendo que esto era una carrera de tres años porque el primer año no contaba, es decir el tronco inter y divisional no contaba porque no era medicina y el último que era servicio social, que integraba, tampoco era, entonces nos quedaba una carrera de tres años y se pitorreaban «¿cómo pueden formar médicos en tres años?» es estúpido, pero lo hicieron, lo dijeron, el embate fue durísimo (Entrevista profesor Víctor).

Esto al interior de la UAM-X se vivió como una intromisión poco afortunada en las lógicas con las que se pensaba y se estaba empezando a estructurar la medicina social mexicana. La lógica de medicina en el SM correspondía en menor medida a lo que se dictaminaba como necesario para obtener un reconocimiento de calidad educativa en la formación según los organismos acreditadores. La descalificación de la carrera afectó mucho los que para entonces todavía eran débiles cimientos del proyecto de SM en medicina. De acuerdo con algunos profesores, a las dificultades que ya se tenían en el armado de la propuesta, se sumó la intervención de las acreditadoras, situación que implicó una desconexión mayor del proyecto de SM, y a ello se sumó la falta de planeación que existía en la carrera, como se reconoce en el siguiente comentario:

Después llegaron las acreditadoras a ser más desastre todavía, que exigían que hubiera ciencias básicas y no hubo quien defendiera el SM [...] desconectaron la carrera del SM y luego dijeron que el SM no sirve (Entrevista profesora Carmen).

La *desconexión del SM* al que alude la profesora Carmen, está ligado a las modificaciones que se introdujeron para intentar atender las observaciones de las instancias acreditadoras, señalaban elementos que, desde su perspectiva, hacían falta en el plan de estudios del SM de medicina. Los cambios que se fueron introduciendo ocasionaron rupturas que no guardan correspondencia con el proyecto original y tampoco con el proyecto de la UAM-X, como lo expresa uno de los profesores entrevistados:

La manera más rápida de desbaratarnos fue en las acreditaciones. No tengo las fechas exactas, pero estamos hablando de los años 90 principios, mediados de los 90 por ahí. Ya teníamos serios problemas y eso fue la puntilla, toda la carrera, toda la carrera gira en función de la acreditación. Y sí te dicen «tienes que mutear el internado» lo que respondemos es «sí señor, cómo no» y lo hacemos, y sí te dicen «tienes que quitarle créditos al servicio social» «sí señor» y lo hacemos ciegamente. La acreditación ha servido para obedecer ciegamente al poder. Por eso no me importa si pones mi nombre... estoy indignado, han hecho una... te digo una cosa híbrida ahí que no es nada (Entrevista profesor Víctor)

Los cambios al plan de estudios del SM se comenzaron a observar cuando inició la inclusión de contenidos de ciencias básicas, como lo relata una profesora:

Llegan las acreditadoras a decir que tiene que haber ciencias básicas, y entonces meten la porquería de morfofisiología que nadie sabe lo que es, no saben lo que es eso, y entonces les dan un taller de histología y por el otro lado anatomía, de fisiopatología nadie sabe nada. Entonces no hay ninguna persona que haya sido capacitada para integrar la embriología, la histología, la fisiología y la química... no hay nadie que sepa hacer eso (Entrevista profesora Carmen).

Dichas ciencias básicas eran contempladas en el perfil de formación médica mexicana, sin embargo, en el relato de la profesora, esta integración de conocimientos no fue llevada a cabo de manera correcta, ni contemplando las necesidades y metodologías de la licenciatura de medicina en la UAM-X:

Pero van y ya con eso dicen que ya hay ciencias básicas y ¿cómo le hacen para hacer eso? Le quitan todos los créditos al servicio social, arman un internado, primer paso, le quitan créditos al internado y le pasan cachitos de créditos a los talleres de morfofisiología, entonces los convierten en unidades de enseñanza aprendizaje³², o sea, cero modular, nada. Ni siquiera son clases de apoyo, no, son unidades de enseñanza aprendizaje que tienen un programa, no tienen un objeto

³² Ver Anexo: *Estructura curricular de la Licenciatura en Medicina.*

de transformación, no tienen investigación, no tienen servicio, no tienen interdisciplina porque no saben hacer... ni siquiera saben mezclar esas áreas de conocimiento (Entrevista profesora Carmen).

De acuerdo con lo señalado por quienes participaron en el armado de la propuesta de medicina, los elementos medulares del SM fueron trastocados, la perspectiva sobre los cambios que se fueron haciendo es la de una concepción distinta de propuesta curricular, alejada, y mucho, del proyecto original.

Desarmar el poco armado modelo de medicina del SM fue un embate profundo en el interior de la UAM. El proceso fue paulatino y doloroso para quienes formaron y creyeron en el proyecto, y existieron renunciaciones tanto de personal docente como de ideas que se encontraban todavía en gestación. Quienes participaron en los años noventa hablan de una turbulencia en lo que se podía considerar la adolescencia del sistema modular en medicina, de una crisis de identidad; por un lado, había resistencias frente a los cambios que las instituciones acreditadoras aconsejaban; por otro, se fue cediendo poco a poco a las consideraciones planteadas por el grueso del gremio médico.

Como ya lo dijimos, las comisiones acreditadoras de la educación médica en México tuvieron un auge en los primeros años de los noventa, y desde entonces han atravesado indirecta o directamente a todas aquellas escuelas y universidades que tienen la tarea de formar médicos al analizar y regular los planes de estudio, así como las condiciones en los espacios escolares como los clínicos. El intento de regular y homogeneizar a la formación médica en México por parte del Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM) ha implicado que algunas universidades, entre ellas la UAM-X, hayan desviado el camino respecto de su proyecto original.

Las escuelas, facultades, universidades públicas y privadas que imparten la licenciatura de medicina en el país tienen la opción de acreditar sus programas de estudios ante dichas comisiones acreditadoras, y aunque se mencione que es opcional, el que estas instituciones no se integren a esta acreditación conlleva costos para la institución, y los más afectados son los estudiantes, ya que al pertenecer a una institución que no está acreditada pierden la posibilidad de realizar prácticas formativas en hospitales, clínicas, instituciones de salud que exigen como requisito de ingreso que la institución de procedencia de los estudiantes, su licenciatura de medicina, haya sido

acreditada como de calidad por parte del COMAEM. Asimismo, hay repercusiones de otro tipo, una vez que egresan se enfrentan a un campo laboral que se reduce a los espacios donde realizaron las prácticas, y donde también deben comprobar que tuvieron una formación de calidad.

El poder que tiene el proceso de acreditación es tan fuerte que es imposible para cualquier institución formadora de médicos escapar a dicho mecanismo, sin duda alguna las carreras de medicina están atravesadas por esta exigencia de *calidad*. Reflexionando lo anterior a la luz de lo que plantea Schvarstein (2004) (p. 31) sobre los procesos que atraviesan el quehacer de las instituciones, diríamos que la acreditación “impone límites y condiciona la capacidad de la organización de darse sus propias normas, o sea, relativiza su autonomía” (p. 31).

Es decir, al repensar el papel de la institución como formadora de médicos, no podemos dejar de observar que existe una relativización de la supuesta autonomía de la UAM-X, lo cual ocasiona que su discurso experimente alteraciones y adecuaciones a las lógicas de instituciones externas que rigen el deber ser de la formación médica mexicana. En consecuencia, la licenciatura de medicina en la UAM-X, al verse cuestionada por una comunidad que legitima los planes de estudio de las escuelas formadoras de médicos, modificó la tarea inicial de una institución formadora de médicos con orientación social e inevitablemente contribuyó a desfigurar las bases de la propuesta pedagógica inicial.

Este proceso de acreditación lo podemos ver como conflictivo al modificar lógicas que desde la fundación de la UAM-X se habían llevado a cabo. Por ejemplo, desde su fundación la licenciatura de medicina ha tenido la intención de que ejerzan fundamentalmente en clínicas de primer nivel de atención, en grandes núcleos comunitarios y poblacionales y no precisamente en hospitales especializados que es el perfil y visión que se traza desde las lógicas de los organismos acreditadores, al exigir a las instituciones que para una formación óptima de sus estudiantes se deben priorizar las prácticas clínicas en hospitales de segundo y tercer nivel de atención médica. Idea que fue contraria a la plasmada en la creación de la carrera en la UAM-X.

Otro enfoque que responde al hecho de no haber sido en distintos momentos una formación comprensible dentro de los parámetros del COMAEM es la observación sobre la distribución del plan de estudios en medicina en la UAM-X, que no expresa

explícitamente las materias básicas que tradicionalmente incorporan los programas de medicina. Al ser una formación bajo un sistema educativo mediante módulos, implica que un docente imparta el módulo que aborda un Objeto de Transformación y no una plantilla de cinco o seis profesores como se realiza en la formación médica más tradicional. La acreditación produjo diversos cambios en el plan de estudios, como por ejemplo la inscripción de “talleres” tales como Morfofisiología y Farmacología que intentaron subsanar los señalamientos hechos por parte del COMAEM hacia la UAM-X, aun cuando no correspondían al plan de estudios de la propuesta original.

Uno de los profesores entrevistados recuerda que en la primera acreditación de la licenciatura de medicina, una de las observaciones de los organismos acreditadores tenía que ver la ausencia de contenidos de cirugía. Se argumentaba que si bien la propuesta formativa partía de la idea de un ciclo vital humano caracterizado como sano, donde no había necesidad de realizar cirugía alguna, había circunstancias en las que ello sería necesario. Ponían por ejemplo el tema de Reproducción, donde si bien se consideraban los conocimientos necesarios para atender un parto normal, faltaban aquellos que pudieran requerirse en dicho parto, para efectuar una episiotomía y evitar un posible desgarre. Frente a dicha observación de los organismos acreditadores, en la UAM-X se realizaron las siguientes adecuaciones en la estructura curricular:

[...] ahora ya hay una clase de cirugía que se da en las primeras aproximaciones en Reproducción, precisamente porque un parto normal pues lo puedes atender sin tener que meter mano, pero a veces tienes que tener una episiotomía, a veces si no se hace la episio, se desgarra, y tienes que suturar, entonces hay que tener ciertas habilidades quirúrgicas. Ahí se dan una serie de contenidos y luego se dan otra serie de contenidos que se tuvieron que meter un poquito como pegado con chicle porque ya no se podía meter la idea de un taller. Entonces lo que ahí se hizo fue una adecuación al módulo, para que los contenidos del módulo 11 [Atención integral del Adulto III] tuvieran contenidos de cirugía. Pero es que en realidad tú buscas apendicitis y no existe en el Sistema Modular, o sea, hay cosas muy muy muy básicas que no están, y hay otras que probablemente están sobredimensionadas como la consulta de los niños (Entrevista profesor Javier).

Otro ejemplo nos lo compartió una profesora que durante los años ochenta estuvo a cargo del módulo “Medicina Comunitaria”, previo al ingreso de los estudiantes al servicio social médico en comunidades de algunos estados de escasos recursos. Ella tenía como objetivo concluir la preparación de los estudiantes en su labor como promotora de la salud, en la actividad preventiva y de intervención de primer contacto con la población con la que iban a interactuar durante el siguiente año. El ingreso del COMAEM a la UAM-X tuvo como consecuencias la pérdida de este módulo que había sido central en la formación. La profesora narra lo siguiente:

[...] primero empezaron a aparecer los “chipotes” dentro de este módulo al intentar meter temas de hospitalización y emergencias que eran demandas externas. Hasta que un día ya no apareció más el módulo de “Medicina Comunitaria” y apareció un módulo sobre otra cosa totalmente distinta. Y fue así como me fueron echando poco a poco de la licenciatura de medicina. (Entrevista profesora Carmen)

La profesora citada menciona que varios profesores también fueron relegados de la carrera debido a que sus perfiles ya no correspondían con las modificaciones al plan de estudios.

Podemos afirmar que el papel de la COMAEM en la UAM-X desde un orden vertical produjo consecuencias importantes, se perdieron las bases con las que se inició la formación de médicos en esta institución. Sin embargo, también se expresaron diversas reacciones. Lo ya instituido y reformulado generó fuertes tensiones en el interior de la institución. Profesores de los primeros tiempos que lograron mantenerse dentro de la licenciatura, a pesar de los cambios, expresaron una fuerte crítica a estas imposiciones, tanto que en algunas ocasiones la licenciatura se resistió a entrar a estos procesos de acreditación como protesta a que los criterios aplicados no correspondían con lo que ahí se había gestado como tarea originaria.

Con el paso del tiempo y ante las demandas externas e internas, la balanza se inclinó a atender las exigencias del exterior para hacer una medicina más apegada a la hegemónica en el país. Aun con una estructura original basada en una educación implementada por módulos, se permitió el acceso de una medicina orientada hacia la

especialización, la formación para segundo y tercer nivel de atención y la formación basada en prácticas clínicas y no solo en prácticas comunitarias.

Para uno de los entrevistados, el proceso de acreditación fue una batalla ante la cual no fueron bien armados, se encontraban todavía en procesos de definición del modelo educativo, batalla de la cual considera no salieron bien librados:

Perdimos la batalla. Yo creo que no tuvimos claridad teórica, me atrevo a decir, por un lado, ni metodológica, ni técnica de cómo pasar los principios que nos movían a la práctica. Desde las mismas bases conceptuales teóricas del SM, Vygotsky no lo conocíamos, por ejemplo, Vygotsky llegó muy tarde para nosotros porque si hubiéramos tenido esas herramientas hubiéramos tenido bases para poder instrumentar mejor el SM, entender mejor el proceso de formación, no lo teníamos. El Piaget que teníamos era un Piaget pues bastante avanzadito, pero tampoco luego todo el desarrollo que luego conocimos como constructivismo tampoco teníamos tan claro eso (Entrevista profesor Víctor).

Podemos identificar en el análisis que la UAM se encontraba en los ochenta con diversas crisis al interior, situaciones que ocasionaron reajustes al modelo educativo originario, al mismo tiempo que se seguía aprendiendo y construyendo el modelo pedagógico. Para la década de los noventa podemos encontrar que las demandas externas ingresaron a la universidad a agravar la crisis, la no defensa de los embates efectuados como cuestionamientos al sistema de formación médica en la UAM, produjo que con el tiempo se cediera a las demandas externas.

Quienes han participado en los procesos de acreditación hablan de la dificultad para llegar a acuerdos internos sobre los contenidos y formas de trabajo en los diferentes módulos, pero también, sobre las formas de atender las observaciones de los organismos acreditadores. La participación de uno de los profesores en el último proceso de acreditación fue clave para la modificación de algunos contenidos. Aunque, según relata, a través de correos intentó convocar a los profesores de la carrera para mejorar en conjunto los contenidos de los módulos, la respuesta recibida fue escasa. Esto trajo resistencia por parte de muchos profesores que no participaron en la convocatoria, pero

tampoco aceptaron las modificaciones que habían sido aprobadas por la última instancia académica, como se menciona en el siguiente relato:

La última acreditación yo estuve como parte de la Comisión acreditadora, entonces pude meter mano en muchas cosas, una cosa que yo intenté [...] es que los contenidos que venían como muy fragmentados tratar de hacerlos más transversales dentro del módulo y transversales dentro de la carrera, contenidos que no estaban [...] se les mandó a todos los profesores un correo para decir: «mire, aquí están los módulos, revise el suyo, critíquelo, quítele, póngale, hágale lo que quiera pero aporte, que esto que la comisión hizo, usted como profesor del módulo haga algo para enriquecer[lo]». Tuvimos muy poca respuesta, claro y como le llegó a todo el mundo, pues lo que uno debería de suponer es que todos los demás estaban de acuerdo. [...] Entonces cuando lo aprueba el Colegio Académico y le dicen a todo el mundo «este es un módulo nuevo, así está», no sé qué porcentaje, pero muchos dijeron: «y yo, ¿por qué voy a hacer esto, si yo no participé?» y cuando se les dijo: «mire, hicimos esto, y le hablamos y le dijimos y bla bla bla... y usted no participó»... (Entrevista profesor Javier).

Las interpretaciones sobre las demandas de los organismos acreditadores y la forma en que se ha buscado atenderlas muestran profundos desencuentros entre profesores acerca de lo que cada uno entiende por Sistema Modular, de los intereses que se defienden en torno a dicho modelo, pero también una discusión sobre los contenidos necesarios para una formación en medicina que, sin ser la medicina hegemónica, pudiera vislumbrar acuerdos para un balance en la formación que ofrece a sus estudiantes, con el objetivo de atender los requerimientos de una atención primaria con los conocimientos y herramientas que los egresados necesitarán en su actividad clínica.

Los debates y tensiones que se han generado en torno al perfil de la carrera de medicina de la UAM-X, desde sus años de construcción, acentuados en el contexto de la acreditación, llevan a considerar temas de la micropolítica escolar. De acuerdo con Bardisa (1997), es una micropolítica que permite reconocer el valor que tiene el contexto organizativo en la redefinición de las dimensiones estructurales y normales que se

establecen sobre las escuelas. Bardisa también retoma a Ball (1989), para destacar los rasgos de esa micropolítica escolar: se compone de poder, diversidad de metas, disputas ideológicas, conflictos, intereses, actividades políticas y de control. En este sentido, reflexionando sobre lo que sucede en la carrera de medicina del SM, es posible identificar grupos de interés que, por diversos motivos, buscan ejercer un protagonismo sobre la organización y la toma de decisiones en lo que respecta a la propuesta curricular, al sentido de la formación de los médicos.

Cabe señalar que la Universidad ingresó al proceso de acreditación en 2001, sin embargo, fue hasta el 2004 cuando el COMAEM nombró a la licenciatura de medicina de la UAM-X como acreditada por cumplir con los parámetros que se consideraban necesarios para la formación de médicos. Sin embargo, lo relatado por ex profesores de la licenciatura de medicina nos hace ver que, por un lado, hubo resistencias, por otro, el proceso de formación en la UAM-X se vio atravesado por las lógicas de la demanda nacional de formación médica.

La licenciatura de medicina era considerada en sus inicios una alternativa oportuna a la oferta educativa de medicina en México, incluso para distintos países de Latinoamérica era un modelo que seguir, a pesar de ello, se convirtió para el amplio gremio médico mexicano en una problemática a atender, al considerar que se formaban médicos con escasos conocimientos médicos, lejos de lo que debía contener la formación de un futuro egresado.

A partir de lo analizado y visto en este capítulo y el anterior podemos comprender las problemáticas que se suscitaron en la conformación del proyecto modular de medicina en la UAM-X. Dificultades adentro y señalamientos desde afuera fueron las constantes en los años ochenta y noventa en la UAM-X. Distintas preguntas emergen: ¿qué es lo que queda del SM original? ¿Qué tanto se sigue criticando desde fuera el SM? ¿Cómo se convive entre el modelo modular y otro orientado a atender demandas externas? ¿Seguirán formando médicos con orientación a lo social? ¿Siguen existiendo los Objetos de Transformación, y si es así, como se atienden desde las ciencias básicas? ¿Se forman médicos para ser especialistas?

Para conocer la continuación del proceso de construcción de la carrera de medicina, traemos la voz de estudiantes de recientes generaciones para intentar responder cómo se vive el SM actualmente, qué es lo que continúa del proyecto original.

La formación en medicina en la UAM-X desde la perspectiva de los estudiantes

Para intentar comprender qué ha pasado desde finales de siglo pasado hasta nuestros años, traemos brevemente a la conversación a estudiantes de recientes generaciones que fueron también entrevistados para esta investigación y que nos compartieron su punto de vista de lo que se vive en el proceso de formación, tanto adentro como afuera de la UAM-X, en las clínicas y hospitales, con la intención de observar a grandes rasgos algunos elementos que detallamos en el desarrollo histórico de la carrera y que dejaron huella en la problemática educativa que vive hoy en día la licenciatura de medicina en esta institución.

Observamos en el desarrollo de la investigación que existen problemáticas institucionales y educativas que se colocaron en la licenciatura de medicina de la UAM-X, que son necesarias de analizar en el devenir histórico de la institución para identificar las soluciones, si es que las hubo, que se propusieron para superarlas. Para ello traemos a colación breves testimonios de estudiantes de recientes generaciones de la UAM-X.

Cabe aclarar que al iniciar este trabajo de investigación se tenía la intención de conjuntar ambos testimonios, tanto de los profesores que fueron parte del desarrollo histórico de la licenciatura de medicina, como de los estudiantes de generaciones recientes que han estudiado en un modelo educativo bajo la perspectiva de la medicina y de la formación en medicina que tenían esos profesores, con el objetivo de profundizar en el análisis. Pero, por cuestiones de tiempo y necesidad de delimitación, se optó por centrarnos en la perspectiva de docentes que fueron estudiantes de las primeras generaciones de la licenciatura de medicina que, además, participaron en la construcción de la carrera.

Traemos brevemente algunos de esos testimonios para complementar la perspectiva histórica de ciertos puntos medulares que tocamos en este trabajo, que tienen relación con el devenir de la licenciatura de medicina de la UAM-X y que son vividos por estudiantes de recientes generaciones. Desde esos propósitos, revisaremos 1) el proceso de aprendizaje en las aulas modulares, es decir, cómo es la experiencia en la actualidad con las características que implica el modelo; 2) cómo es la experiencia en las prácticas clínicas que realizan los estudiantes durante el proceso de formación, y cómo perciben la perspectiva del médico que se forma en UAM frente a otras

universidades; y 3) qué significa la resiliencia y cómo la ejercen los estudiantes durante su proceso de formación como médicos de la UAM-X.

A) El estudio en las aulas modulares:

Una particularidad de la UAM-X es que el periodo de tiempo por cada curso es de tres meses, es decir que, en ese tiempo, además de asistir a clases, los estudiantes deben interactuar con un objeto de transformación, realizar una breve investigación y asistir a prácticas clínicas. Esto para los estudiantes de la UAM-X puede ser bastante información para procesar y aprender en un periodo de tiempo breve, como lo relata un estudiante:

[...] por el Sistema Modular, tres meses a veces no son suficientes, te lo corta, entonces entre que tienes huelga o amenazas de huelga, lo que hay que hacer en el hospital, los periodos de evaluación; en realidad los tres meses se podrían recortar a dos meses acaso. Entonces, a veces era muy poco y las clases podrían durar... yo llegué a tener clase de 8-9 horas después de ir al hospital y tenía que regresar al hospital a tener guardia, entonces llegaban a ser muy desgastantes (Entrevista estudiante Diego)³³.

Una problemática que señala Diego es el corto tiempo que tienen los estudiantes para llevar un proceso de aprendizaje que requiere ser evaluado en muy corto tiempo, pero que implica un trabajo en clínicas, la particularidad del contexto interno en la universidad, por temas políticos en su interior, que pueden reducir aún más el tiempo de clases en las aulas.

Añadiendo a este tema, desde la perspectiva de otro estudiante, hay una sobrecarga de contenidos a revisar en un trimestre:

[...] otro gran problema que tiene la UAM es que nos quiere meter todo el programa de un año de la UNAM en tres meses, entonces pues no es posible. O sea, puedes leerlo si solamente vives para leer lo puedes hacer, pero la capacidad de aprendizaje es mínima, ya nada más te aprendes las cosas para el examen y en una semana ya no te

³³ Egresado de la carrera de medicina en 2013, posteriormente intentó ingresar a una Especialidad en el Sistema de Salud y al no obtener el puntaje necesario en el Examen Nacional de Residencias Médicas en dos ocasiones, decidió entrar a la Maestría en Farmacología en el CINVESTAV.

acuerdas ni qué carambas estudiaste. Creo que está mal planteado el sistema de aprendizaje de la UAM (Entrevista estudiante Iker)³⁴.

La inmediatez que se vive al cursar un periodo académico de tres meses de clases, incluso menos, donde la evaluación es cercana y debe atenderse, así como una pequeña investigación como el trabajo en clínica, nos comentan los estudiantes que el desafío es aprender en un periodo de tiempo muy corto múltiples contenidos, y donde se debe obtener una calificación aprobatoria para continuar con el siguiente periodo. En la formación tradicional por semestres y bajo un esquema de materias los estudiantes de otras universidades tienen un tiempo mayor de entre cuatro a cinco meses para cursar diferentes materias con distintos docentes. Incluso hay escuelas que tienen sus propias clínicas para que los estudiantes no tengan que trasladarse a centros de salud que comúnmente suelen ubicarse lejos.

Agregando a estas dificultades, otro estudiante añade una problemática que detecta en la licenciatura de medicina, que guarda relación con los contenidos que se priorizan en la formación de medicina en la UAM-X, especialmente cuando la compara con los contenidos que conforman los planes de estudio en otras instituciones:

Otra desventaja que tenemos es que no tenemos muchas materias que deberíamos tener como Histología que es el estudio de tejidos y de células, o Embriología que es como todo se desarrolla todo lo de la fecundación. En primero y segundo llevamos Morfofisiología y hasta tercero llevamos Farmacología, pero sinceramente, casi en un trimestre, casi no alcanzas a ver mucho. Se vuelve como una gran desventaja porque dentro de ese módulo tienes que abarcar todo lo que se supone que deberías ver. Nosotros vamos realmente atrasados en teoría. Cosas que deberíamos saber de materias que se supone llevas al principio, como las que te mencioné antes, pues realmente no sabemos nada (Entrevista estudiante Omar)³⁵.

La falta de ciertas materias y conocimientos teóricos es un señalamiento que de manera recurrente realizan los organismos acreditadores. Los testimonios de los

³⁴ Egresado de la carrera de medicina en 2016 y estudiante también de la Maestría en Farmacología. Tiene una historia similar a la de Diego.

³⁵ Estudiante de la carrera de medicina, cursaba el noveno cuatrimestre. Al principio mencionó que ingresó a estudiar en la UAM-X porque fue el único examen de selección que aprobó, también intentó en UNAM, IPN y UAEM.

estudiantes hablan de deficiencias y falta de atención a contenidos básicos en los tiempos necesarios de aprendizaje para la formación médica. Los señalamientos sobre los periodos de estudio muy cortos y amplios contenidos que se deben abarcar, sumado al señalamiento sobre la falta de contenidos que consideran centrales para la formación de un estudiante de medicina, son problemáticas importantes a atender, ya que implica que la formación presenta ciertas lagunas educativas, aun cuando en el proyecto original la formación médica en la UAM-X se pensaba para un perfil de médico de primer nivel de atención. La medicina, al pasar los años, se va complejizando en su estudio y, por lo relatado por los estudiantes, en la UAM-X el proceso educativo está en tensión, entre las lógicas de la propuesta original y las derivadas de las demandas formativas más hegemónicas en el campo de la medicina, situación que es visible a partir de lo señalado por las acreditadoras, sin lograr su resolución.

En este sentido, es necesario preguntarse cuáles lógicas debieran decidirse para la formación médica de los estudiantes: las que se buscó impulsar dentro de la UAM-X, orientada a la medicina social de primer nivel, o a las que se definen en los espacios clínicos, en hospitales, donde los estudiantes realizan sus prácticas, y donde se enfrentan a demandas específicas del sistema de salud.

b) La experiencia en las prácticas clínicas

El espacio donde se enfrentan los estudiantes por primera vez al quehacer médico es en el trabajo clínico que realizan ya sea en centros de salud en grandes poblaciones, en hospitales de los distintos niveles de atención, o en la intervención en comunidades. Es un momento importante en la formación médica de los estudiantes, en las clínicas realizan prácticas asociadas a su futuro profesional, pero a diferencia de otras prácticas, en el caso de la medicina conlleva atender a pacientes que presentan problemas de salud, ello representa una gran responsabilidad, y aun cuando se trata de prácticas formativas, no hay margen para un error, situación que requiere de una preparación rigurosa.

En la UAM-X las prácticas en clínicas inician en el segundo año de estudio en la universidad, muy distinto a lo que sucede en otras universidades, donde el inicio de prácticas lo llevan comúnmente en el tercer año, después de dos años de formación exclusivamente en el campo de la medicina. En cambio, en la UAM-X, hay un primer año

de tronco común, comienza con un primer módulo del Tronco Interdivisional (TID)³⁶ que congrega a estudiantes de las diferentes licenciaturas de la UAM-X. El propósito de este primer módulo es que los estudiantes conozcan los principios del método científico. Le siguen un segundo y tercer módulo ofrecido sólo a los de carreras de la salud, se imparten en el Tronco Divisional (TD)³⁷, estos módulos tienen como propósito que los estudiantes conozcan procesos biológicos fundamentales. A finales de la primera década de este siglo, se agregaron contenidos de Morfofisiología y Farmacología³⁸ con la intención de ofrecer las primeras nociones de propedéutica clínica para entender los procesos de salud y enfermedad. Fue una respuesta de la UAM-X a las recomendaciones realizadas por organismos acreditadores a la licenciatura de medicina. Una vez finalizado el primer año, en el cuarto módulo, inician las prácticas clínicas de primer nivel de atención, que es el espacio donde los estudiantes empiezan a conocer técnicas básicas de contacto con el paciente:

En cuarto es que empiezas a ir a las clínicas, de pasante, bueno de ayudante, vas y tomas presiones y tomas temperatura y te enseñan una que otra cosa de enfermedades, de vacunas, está en clínicas de primer nivel de atención, entonces, eso significa que esa población general que no tiene grandes complicaciones y más que nada estás en unidades de medicina familiar y tu función es prácticamente esa, tomar presiones, temperaturas, signos vitales básicos y en algunos lados, dependiendo de la clínica en que estés, te dan clases los doctores, pero no siempre es así (Entrevista estudiante Iker)

Desde [el] cuarto (módulo) empiezas a tener contacto con los pacientes, y eso se mantiene prácticamente toda la carrera, pero obviamente inicias con un contacto muy leve como los signos vitales y

³⁶ Objetivo del TID: Que el alumno desarrolle las características individuales necesarias para obtener una actitud crítica y una concepción creativa y de interdisciplinariedad de los fenómenos a través del manejo del método científico, que sirva como fundamento para su práctica profesional.

³⁷ Objetivo del TD: Que el alumno consolide las características individuales necesarias para obtener una actitud crítica y una concepción científica, creativa y de interdisciplinariedad, mediante la identificación y estudio de problemas relacionados con los procesos biológicos fundamentales que rigen las interrelaciones de los seres vivos y su medio ambiente, enfatizando el proceso salud-enfermedad enmarcado dentro del contexto social vigente. Introducir al alumno a la metodología seguida en las ciencias biológicas.

³⁸ Objetivo del Tronco Básico Profesional: Que el alumno conozca y aplique los métodos clínicos (propedéutica) y epidemiológicos para la comprensión del proceso salud enfermedad en su dimensión individual y colectiva. Adquiera la comprensión de la estructura interna y función normal del individuo y explique los mecanismos de su desviación.

así, conforme va pasando el tiempo te dejan hacer un poquito más de cosas (Entrevista estudiante Omar)

En este módulo comienzan a conocer las primeras técnicas de exploración con el paciente. Podemos atrevernos a decir que está en sintonía con la propuesta inicial de medicina en el SM de la UAM-X que era la atención de primer nivel. Sin embargo, en el siguiente módulo, el quinto, los estudiantes empiezan a rotar por clínicas que son de un mayor nivel de atención al paciente, como lo relata un estudiante:

Empiezas a ir hospitales ya de segundo o tercer nivel, que ya son como tal los pacientes hospitalizados, ahí están los médicos que tienen mayor contacto con la vida hospitalaria y empiezas a darte cuenta cómo es la carrera. Y digamos, ese es el momento real en que empiezas a ver a la medicina como es de verdad, puede que te dejen hacer algún procedimiento básico, una sutura, algo así, conforme va pasando el tiempo, más te van poniendo mayores responsabilidades, pero podríamos decir que quinto ya tienes contacto directo con los pacientes hospitalizados y pues ya ves a un paciente digamos de verdad. No es lo mismo el de la unidad de medicina familiar que solamente va a recoger sus medicamentos a un paciente que está hospitalizado y que necesita un tratamiento integral (Entrevista estudiante Iker).

Para otro estudiante, la experiencia de la rotación en urgencias, de manera anticipada, implica desafíos muy grandes a los que no siempre puede responder como parte de su práctica formativa:

Quinto (trimestre) era de nuevo fisiología, de nuevo rotabas en urgencias. En urgencias que es la parte final de la carrera, te mandan desde ahorita ahí y en realidad no puedes hacer nada y aprendes muy poco porque son... o sea, si apenas estás aprendiendo lo normal cómo vas a entender algo que es patológico y luego peor una urgencia donde una persona puede fallecer ¿no? Es una urgencia. Entonces en realidad no haces nada (Entrevista estudiante Diego).

Una problemática que encontramos en lo relatado por los estudiantes es que pasaron de un trimestre a otro de atender en clínicas familiares de primer contacto a

espacios hospitalarios de segundo y tercer nivel, situación que implica poseer mayores conocimientos para atender la salud de los pacientes. La capacidad de acción derivada de lo aprendido en los módulos se encontraba distante de los conocimientos y habilidades requeridos en prácticas médicas que exigían mayores capacidades. A partir de este momento podemos observar una discordancia en la planeación de aprendizaje de contenidos en las aulas del SM con relación a las prácticas en las experiencias clínicas. Es algo que señalan los estudiantes que sucede también en los trimestres posteriores:

En obstetricia tienes que explorar a las embarazadas, ver cómo está el bebé en el vientre, y llegas y no lo sabes hacer porque apenas lo vas a ver en el módulo, entonces es cómo algo raro que tenemos. (Entrevista estudiante Omar)

En sexto [módulo/trimestre], te avientan, bueno ya sabes que aquí los hospitales están colapsados, hay demasiada gente, no hay dinero y ahí el estudiante sí hace un montón de chamba y sí aprendes porque tienes que hacerlo. Al mismo tiempo que tomas la clase vas ahí y lo haces tú y aunque tengas guardias y podrás ahí ser muy excesivo terminas atendiendo 15-20 partos y no se te olvida. (Entrevista estudiante Diego)

En ambos relatos se puede observar que en ocasiones hay ciertos desfases entre el aprendizaje teórico que llevan en la universidad y la práctica clínica que realizan, es decir, existen momentos donde realizan la práctica antes de tener el conocimiento teórico necesario.

Algo muy característico de la formación médica mexicana es la comparación que suele realizarse entre estudiantes de las distintas escuelas de medicina, se comparan diferencias en el perfil de egreso, en los planes de estudio, en la orientación médica, en la forma de atender a los pacientes. Esto también fue señalado en las entrevistas con los estudiantes, quienes lo relacionaron con los procesos de acreditación, con lo que se considera es bien recibido y mal recibido en las evaluaciones sobre la formación del médico.

Una de las comparaciones más significativas y es donde observamos surge la crítica por parte de los estudiantes de la misma UAM-X hacia la propia universidad, es

cuando se revisan otros planes de estudio, es decir, cuando comparan la planeación educativa en contenidos y la práctica clínica, como en el siguiente comentario:

A diferencia de la UNAM, eso lo he visto con compañeros que tengo de C.U, ven ginecología en un año y ya cuando terminaron al siguiente año entran al hospital de gineco, o no van siempre al mismo tiempo, entonces, pues creo que la UNAM tiene cierta ventaja (Entrevista estudiante Iker).

Añadiendo a esta misma problemática, otro estudiante analiza:

Ves fisiología solo en quinto [trimestre] cuando la UNAM lleva un año; ginecología en la UNAM lleva un año y tú lo ves en tres meses; cardiología, nefrología, que lo vemos en décimo, lo vemos en tres meses, la UNAM tiene un año; farmacología lo vemos en tres meses, la UNAM lo tiene en un año (Entrevista estudiante Diego).

Otra de las características de los estudiantes de la UAM-X, incluso no de estos tiempos, si no desde los orígenes, es que son considerados por el medio médico mexicano como buenos en la práctica clínica, incluso mejores que otras estudiantes de otras universidades, aunque es de analizarse la manera en que lo aprenden, tema sobre el cual reflexionan los estudiantes:

[...] no puedes aplicar una clínica sin la teoría, a veces sabemos hacer la técnica, pero no sabemos por qué lo estamos haciendo, entonces, tampoco es taaan bueno en cierto sentido (Entrevista estudiante Iker).

Algo característico del estudiante de la UAM-X son sus habilidades prácticas, y en menor medida sus conocimientos teóricos, esto se advierte en los espacios que comparten los estudiantes con los de otras escuelas de medicina. Es en las prácticas clínicas donde se observa la diferencia de perfiles:

Adquirimos más práctica, pero vamos sin casi nada de teoría. Entonces vamos apenas con las raíces a comparación con la UNAM, el Poli. A veces no sabemos hacer las cosas y aun así queremos hacerlas, así de que preguntan los doctores “¿quién sabe sacar las muestras?” y tú aunque solo sepas la teoría o solo lo hayas hecho una vez y dices “yo puedo hacerlo”; y como que otras escuelas sí les da

miedo, o sea, tal vez... yo quiero creer que es por la diferencia de cuando se empieza las rotaciones clínicas (Entrevista estudiante Omar).

Las frases *“no sabemos por qué lo estamos haciendo”* y *“a veces no sabemos hacer las cosas y aun así queremos hacerlas”* dice mucho de la planeación en la formación médica de la UAM-X, de la falta de concordancia en los procesos de enseñanza y aprendizaje de conocimientos teórico-clínicos con respecto al momento de la puesta en acto en la práctica hospitalaria.

c) Capacidad de Resiliencia de los estudiantes

A pesar de las deficiencias que detectan en la formación médica los estudiantes de medicina de la UAM-X, poseen una característica que llama la atención: su capacidad de resiliencia. Es decir, ante las experiencias difíciles y retadoras se muestran dispuestos a buscar y encontrar la posibilidad de adaptarse, de resistir y de tener agencia en su proceso de formación médica.

Los estudiantes de la UAM-X son vistos como estudiantes más proactivos en la actividad clínica que los de otras escuelas:

Como lo dicen (los doctores) de forma coloquial (los estudiantes de la UAM-X) son manitas, saben hacer todo y si no lo saben por lo menos se meten a aprender y con lo que pueden se resuelven en ese momento (Entrevista estudiante Diego).

Dejando de lado las consecuencias negativas que esto puede traer en un proceso de atención a un paciente (cuestión no menor), la perspectiva de que los estudiantes de la UAM-X busquen resolver las problemáticas que se les presentan en las prácticas clínicas, es una característica que de acuerdo con los principios propuestos por los actores del proyecto original, sí corresponden al perfil que se buscaba formar, responder y resolver problemáticas de la realidad. Además, encontramos otra característica particular de resiliencia en los estudiantes de medicina, como lo comentan los estudiantes entrevistados:

Yo creo que una de las características que tenemos es que como nadie nos enseña nada, aprendes a investigar mucho, aprendes de dónde sacar información, dónde bajar artículos, de dónde encontrar

ciertos libros, te pones a tratar de buscar la mayor información que puedes porque el profesor no te la da, entonces, creo que una de las ventajas que tienen los estudiantes de la UAM es que son muy buenos para conseguir la información que necesitan a comparación de gente de C.U, de otras universidades que la mayoría de las veces llega un profe y les dicta toda una biblia y ellos la apuntan y se la aprenden de memoria, pero si le preguntas “oye, esta otra cosa” que no la dio su profesor, ellos no saben ni qué onda, ni saben dónde buscarla y en cambio... Creo que los de la UAM, siempre lo digo así, como no nos enseñan nada, aprendemos a buscar por otros lados. (Entrevista estudiante Iker)

Al final te obligas, o sea, nuestra obligación es saber las cosas, podemos no saber algo pues sí nos regañan a veces, nuestra obligación es aprender de eso y ya llegar al otro día saber a cómo hacerlo, aunque vayamos apenas aprendiéndolo, en el modo de cierta forma nosotros ya investigamos, ya sabemos, y como que vamos adelantando nuestra teoría durante el trimestre (Entrevista estudiante Omar).

El principio de descentralizar el conocimiento de la figura del docente, o dicho de otra manera la idea de emancipar el proceso de aprendizaje para que los estudiantes tomaran las riendas de la propia construcción del conocimiento, ha sido también un elemento medular en la construcción pedagógica del SM de la UAM-X. Esto es reconocido como algo positivo por uno de los estudiantes entrevistados:

Sí tuvieron la fortuna de respetar el SM, ellos (los estudiantes) tienen esta auto enseñanza, son sus propios maestros y saben qué les falta y se ponen a leerlo y no esperan a que alguien más les diga o lo deje de tarea, y esa es una cosa que sí ves muy diferentes a otras universidades. (Entrevista estudiante Iker).

Podemos observar deficiencias en el plan de estudios de medicina y en los procesos de enseñanza y aprendizaje que se llevan a cabo, a pesar de ello, también se detecta una capacidad de resiliencia por parte de los estudiantes para hacer frente a esos desafíos en la formación, y que a su vez son características que estaban diseñadas

en el proyecto original: atender problemas de la realidad y autonomía en el proceso de aprendizaje.

Cabe preguntarnos y cuestionar hasta qué punto es conveniente dejar a cargo de los estudiantes gran parte del proceso de aprendizaje cuando apenas se están formando, además, para atender procesos tan delicados como lo es la salud. Como lo mencionamos anteriormente, no es un problema menor y es algo que tendría que modularse de mejor manera para que gradualmente exista lo menos posible la frase *“no sabemos por qué lo estamos haciendo”*, en referencia al proceso de estar construyendo sobre la marcha el proyecto de formación de médicos en el sistema modular.

A modo de cierre

A partir del análisis de los datos e interpretaciones expuestas, se vierten reflexiones finales sobre la problemática que atañe al proceso de conformación del proyecto de formación médica en el SM de la licenciatura de medicina. Se hace hincapié en las causas más profundas que han modificado las lógicas originales de la licenciatura en el contexto de la medicina mexicana, y las razones por las cuales dicha licenciatura no ha terminado por responder ni a la demanda externa, ni tampoco hacer justicia a sus ideas originarias. Por lo que dichas razones harían necesarias nuevas reflexiones y adecuaciones a la tarea formativa del modelo modular en la UAM-X.

La licenciatura de medicina en la UAM-X comenzó a entrar en diversas disputas al interior entre docentes que se resistían a las demandas de los organismos acreditadores y otros que querían ceder a las mismas, en beneficio de la institución. El modelo de formación de la UAM-X sigue en tensión, y no termina por definir un perfil.

Reflexiones Finales

La intención de este trabajo fue presentar una revisión histórica del proceso de institucionalización de la medicina en el Sistema Modular (SM) de la UAM-X, identificando los elementos más significativos que nos ayudaran a comprender el desarrollo del Sistema Modular en la licenciatura. La investigación fue abordada desde un análisis histórico e institucional. Se buscó profundizar principalmente en los periodos más relevantes en la construcción del currículum de la licenciatura, resaltando los momentos en que existieron tensiones por parte de los docentes en la decisión del rumbo a tomar en el perfil del estudiante que se intentaba formar.

La creación de la UAM-X en noviembre de 1974 tuvo como particularidad el haber sido un proyecto impulsado por tres médicos que trabajaban en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que intentaron plasmar algunas perspectivas teóricas, metodológicas e ideológicas de la corriente de medicina social en el proyecto educativo denominado SM. Algunos elementos importantes de la conformación del modelo educativo del SM plasmados en el Documento Xochimilco son: 1) la universidad debe realizar un constante análisis para vincular su labor con la estructura social; 2) una revisión profunda de las relaciones entre las ciencias y sus efectos, fundamentalmente la aplicación y la enseñanza; 3) un enfoque novedoso en la metodología educativa, en que el estudiante es el artífice de su propia formación; 4) recuperan a Piaget al priorizar que: “conocer un objeto [de conocimiento] es actuar sobre él. Conocer es modificar, transformar el objeto y entender el proceso de su transformación y, como una consecuencia, entender la forma en que el objeto es construido.” (Piaget 1961, en Documento Xochimilco, 1974 p.12).

A partir de esta propuesta curricular se construyó la licenciatura de medicina. En los primeros años, encontramos que la reapropiación del modelo educativo por parte de los docentes fundadores de la licenciatura fue idónea, debido a que varios eran latinoamericanos cuyos perfiles se correspondían con un trabajo en medicina social, impulsando el proyecto en un principio con ideas bastantes apegadas al SM propuesto en el Documento Xochimilco. Un ejemplo fueron los primeros trabajos de atención médica comunitaria que empezaron a realizar las primeras generaciones de estudiantes, pugnando por la mejora de sus condiciones de salud y de vida, por ejemplo, apoyando que habitantes de algunas comunidades pudieran resolver problemáticas relacionadas

con el agua y drenaje, como proyecto político, buscó la mejora de las condiciones de salud de esas poblaciones, trabajando en la lógica del proyecto fundacional. Tanto la creación de la UAM y el modelo en la UAM-X contienen en su discurso debates de época que ponían en el centro de la atención el papel que debía jugar la universidad y sus universitarios en la sociedad, en la atención de sus necesidades, en la modificación de las condiciones de vida de los sectores más desfavorecidos. Un ejemplo de ello es lo expresado por Gilberto Guevara en el documento Taller de Diseño Curricular:

[...] el rol innovador de la universidad no puede reducirse al campus universitario y no debe quedar limitado a una nueva metodología en la transmisión del saber, debe, por el contrario, convertirse en una opción de cambio y transformación de la misma división social del trabajo. Esta es la segunda condición que debe llenar el currículum: la acción innovadora de la universidad repercutirá sobre la sociedad generando nuevas dimensiones de la práctica social de las profesiones (Guevara, 1976, p. 17).

La idea de la intervención en lo social por parte de las profesiones de la UAM-X se traduce constantemente en el Documento Xochimilco como una vinculación dialéctica en la relación formación y servicio.

A pesar de que lo expresado por Guevara correspondía a la misma filosofía propuesta en el Documento Xochimilco, en el mismo documento que sirvió para construir el diseño curricular de las licenciaturas, encontramos la discusión de algunos ingredientes que se adicionaron al diseño curricular y se señalaron algunas de las siguientes problemáticas correspondientes a los primeros meses de inicio del SM. Por un lado, una alternativa educativa para nutrir la relación universidad y sociedad fue promover la *investigación científica*³⁹ como componente esencial del proceso de formación. Para la implementación de la investigación en la UAM-X, se mencionó que se deberían establecer líneas y grupos de investigación para asentar este componente en el SM. Por otro lado, entre las problemáticas que empezaron a aparecer, sobresalieron la dificultad para poner en práctica el principio de interdisciplinariedad y el

³⁹ La idea de investigación aparece en el Documento Xochimilco, sin embargo, no tiene un planteamiento tan fuerte para la construcción de los diseños curriculares. En el trabajo colectivo de los profesores aparece como componente esencial y estructurante para la formación de estudiantes de todas las licenciaturas.

principio del trabajo en equipo que aparecen en el Documento de fundación, los cuales, en su texto, Guevara no aclara cómo fueron resueltos.

Reconocimos que a pesar de que en los primeros años se encontraron ciertos frutos de la puesta en acto de la propuesta curricular del SM en medicina, también encontramos que al pasar la primera década la licenciatura se encontró con las problemáticas de, por un lado, la masificación de la matrícula que tuvo como consecuencia la contratación también masiva de docentes, y por otro, la desaparición de los docentes fundadores con orientación en medicina social. La extinción de este perfil docente y de los talleres de formación docente en el SM, sumado a la incorporación de docentes con distintos perfiles de formación, provocó una interpretación fragmentada del SM en medicina; cada docente lo interpretó con escasos o equivocados conocimientos de las bases del proyecto curricular, situación que a la postre debilitó un proyecto aún en construcción, el de formación de médicos en el SM. Un claro ejemplo sobre el panorama que se registraba en ese tiempo es lo expresado por Luis Berruecos:

Maestros se han ido a otras universidades, hemos lamentado la ausencia permanente de otros cuyo recuerdo sigue vivo [...] Los programas originales ya no existen. Cada quien define lo que es el Sistema Modular; es más, hay profesores que con diez años en la Unidad aún no conocen ni se han tomado la molestia de averiguar de qué se trata [el SM]. Se hacen esfuerzos, los fundadores luchamos contra viento y marea por volver, no a la nostalgia y el recuerdo, sino a los lineamientos originales que cada vez se pierden más. (Berruecos, 1996, p. 346)

Son diversos los factores que intervinieron y se sumaron al rápido debilitamiento del proyecto del SM: la pérdida del trabajo colectivo, la desaparición del proyecto de formación de profesores en la perspectiva del SM, la repatriación de una parte medular de la generación de docentes latinoamericanos que dieron origen a la licenciatura de medicina hacia sus países de origen, la tergiversación del sentido de lo modular interpretado como “que los alumnos den la clase”, el aumento acelerado de matrícula y la contratación masiva de docentes que no conocían el sistema modular y a los que no se les preparó en el mismo para el ejercicio docente en la licenciatura de medicina, todos esos elementos contribuyeron a la pérdida de fuerza del proyecto del SM cuando el establecimiento de las bases para su puesta en práctica aún estaba en proceso de

construcción, y que podemos afirmar que no logró concretarse cómo se pretendía en los orígenes.

Otra importante dificultad que se presentó en el SM en medicina fue la emergencia en los noventa de instancias que evaluaron y acreditaron las carreras de medicina en México, las cuales se apegaron a considerar un perfil de médico *idóneo* y homogéneo para la época, lo que distaba mucho del médico con orientación social que se había propuesto en la medicina de la UAM-X a mediados de los setenta.

Yo oí gente de las instancias de decisión de la medicina, de la secretaria de salud, ahora con las acreditadoras diciendo que esto era una carrera de tres años porque el primer año no contaba, es decir el tronco inter y divisional no contaba porque no era medicina y el último que era servicio social, que integraba, tampoco era, entonces nos quedaba una carrera de tres años y se pitorreaban «¿cómo pueden formar médicos en tres años?» es estúpido, pero lo hicieron, lo dijeron, el embate fue durísimo (Entrevista profesor Víctor).

La llegada de estos procesos externos a la UAM-X fue agresiva y cuanto más afectó al proyecto de formación de médicos que aún no se asentaba a pesar de pasar las dos primeras décadas. Dicha crítica al modelo educativo nos invita a reflexionar sobre si la propuesta original ha sido o no funcional para las necesidades de formación actuales. Podemos atrevernos a decir que a pesar de los años, podemos encontrar ciertos elementos que señalábamos fundamentales de la propuesta vertida en el Documento Xochimilco, a partir de las entrevistas que realizamos a los estudiantes, cuestiones como que el estudiante es el artífice de su propio conocimiento, así como el aprendizaje de conocimiento a través del contacto con la realidad, son reflejo de la propuesta inicial. Sin embargo, esto no significa que el proceso de formación de los estudiantes sea el adecuado para un estudiante de medicina. Consideramos que la intervención de los estudiantes de medicina con su objeto de estudio, mismo que sería el paciente, es un proceso delicado donde se deben considerar las implicaciones que se tiene con la salud de los involucrados. Reconociendo que el sistema de salud mexicano está saturado y la participación de los practicantes de medicina con los pacientes es mayor, inquieta que la relación entre formación práctica y teórica no siempre sea la esperada en las actividades en hospitales, lo preocupante es que los propios estudiantes mencionen que muchas veces no saben lo que hacen. Si bien ellos buscan resolver a

partir de esa capacidad proactiva estimulada por el trabajo que desarrollan de acuerdo con el modelo educativo, lo expresado plantea la necesidad de llevar a cabo un balance profundo sobre el proyecto de formación de médicos y las condiciones que precisa su gestión.

En este sentido, consideramos necesario repensar el modelo educativo del SM, para que los estudiantes tengan mejores experiencias en sus prácticas, para que los estudiantes lleven bases teóricas y prácticas antes de tener contacto con un paciente. Es decir, consideramos que la carrera de medicina tendría que revisar cómo responder ante la demanda de formación médica mexicana existente. Al ser la UAM-X una institución con gran población estudiantil, ubicada cerca de los centros hospitalarios de segundo y tercer nivel de atención más importantes del país, los estudiantes actualmente van en su mayoría a estos espacios y su participación en comunidades es menor, por ende, si esta situación prevalece, plantea la necesidad de una revisión del plan de estudios y modelo educativo para tomar en cuenta lo que se espera de los estudiantes en hospitales y centros de salud. Es decir, formar médicos con perfiles acordes a los espacios de atención de la salud donde están participando y no a donde se pensaba que debían participar.

Podemos afirmar que la licenciatura de medicina de la UAM-X era considerada en sus inicios una alternativa oportuna a la oferta educativa de medicina en México, incluso era un modelo a seguir para distintos países de Latinoamérica donde convocaban a docentes a compartir la experiencia del SM. A pesar de ello, la propuesta curricular no se ha podido sostener como tal, seguía en proceso de construcción cuando empezaron a generarse cuestionamientos desde el exterior. Una conclusión de esto sería lo expresado por el profesor Víctor y que ya habíamos señalado:

Perdimos la batalla. Yo creo que no tuvimos claridad teórica, me atrevo a decir, por un lado, ni metodológica, ni técnica de cómo pasar los principios que nos movían a la práctica. Desde las mismas bases conceptuales teóricas del SM, Vygotsky no lo conocíamos, por ejemplo, Vygotsky llegó muy tarde para nosotros porque si hubiéramos tenido esas herramientas hubiéramos tenido bases para poder instrumentar mejor el SM, entender mejor el proceso de formación, no lo teníamos. El Piaget que teníamos era un Piaget pues bastante avanzadito, pero tampoco luego todo el desarrollo que luego

conocimos como constructivismo tampoco teníamos tan claro eso
(Entrevista profesor Víctor).

Al pasar los años, para el amplio gremio médico mexicano, el SM en medicina de la UAM-X se convirtió en una problemática a atender y menos en un proyecto a comprender, dicho gremio consideraba que se formaban médicos con escasos conocimientos médicos, lejos de lo que debía contener la formación de un futuro egresado. Podemos concluir que la propuesta original de formación de médicos en la UAM-X fue una promesa que, hasta ahora, no se ha logrado alcanzar.

Bibliografía

- Alonso, (2012) Medicina alopática y medicina alternativa: ¿opuestas o complementarias? https://www.clarin.com/entremujeres/vida-sana/salud/Medicina-alopatica-medicina-alternativa-complementarias_0_rJixi2FD7e.html
- Arbesú, M. (1996) "El Sistema Modular en la Unidad Xochimilco" Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco. México
- Arfuch, L. (2002). El espacio biográfico en las ciencias sociales. Dilemas de la subjetividad contemporánea. Argentina: Fondo de Cultura Económica
- Baca León, Hedler Coatli (2019) De la teoría a la práctica, crítica al sistema modular Xochimilco en la carrera de Medicina: estudio de caso (Reporte de Servicio Social), Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco.
- Bardisa, T. (1997) Teoría y práctica de la micropolítica en las organizaciones escolares. Revista Iberoamericana de Educación. N.º 15. Consultado 30 de Julio 2020. <https://rieoei.org/historico/oeivirt/rie15a01.htm>
- Berger, P. y Luckmann. T. (1991). La construcción social de la realidad, Buenos Aires: Amorrortu.
- Berruecos (1996) Momentos Relevantes del Sistema Modular en "El Sistema Modular en la Unidad Xochimilco". México: Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco.
- Bojalil, L., Villarreal, R. y Mercer, H. (1975) Bases para el diseño curricular de medicina. Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco.
- Brunner, J. (1985) Los orígenes de la Sociología Profesional en Chile. Documento De Trabajo Programa FLACSO-Santiago De Chile Numero 260.
- Centro Virtual de Técnicas Didácticas (2010) Historia del aprendizaje basado en problemas, 2010, s/f) http://sitios.itesm.mx/va/dide2/tecnicas_didacticas/abp/historia.htm
- Comunicación social UAM-X (2002) Un crimen, privatizar los servicios de salud: Gloria E. Torres <http://www.comunicacionsocial.uam.mx/semanario/v-ix/num13/04.html>
- Comunicación social UAM-X (2010) Es posible el ahorro de recursos en salud con diagnósticos oportunos y trato diferente al paciente, investigadora de la UAM <http://www.comunicacionsocial.uam.mx/boletines/indice/may-27-10a.html>
- Comunicación social UAM-X (2017) Recibe Licenciatura En Medicina De La UAM Tercera Acreditación Por El COMAEM. Consultado el 16 de Julio del 2022. <https://www.comunicacionsocial.uam.mx/boletinesuam/525-17.html#:~:text=%E2%80%9CNo%20s%C3%B3lo%20estamos%20cumpliendo%20con,el%20uso%20de%20campus%20cl%C3%ADnicos>.
- Consejo Para La Acreditación De La Educación Superior, (2010) ¿Qué es la Acreditación? Consultado 21 de Julio 2022 <https://www.copaes.org/queesacreditacion.html>

- Córdova, L. (1981) La medicina mexicana contemporánea, en Hersch, P. (1998) *La influencia de la francesa en México y el cometido de una terapéutica individualizada en México- Francia: Memoria de una sensibilidad común siglos XIX-XX*. Tomo I [en línea]. México: Centro de estudios mexicanos y centroamericanos. <https://books.openedition.org/cemca/4078?lang=es#text>
- Crónicas de un estudiante de la UAM-X (2010-204) <http://lascronicasmedicas.blogspot.com/2010/>
- De la Garza, J. (2013) La evaluación de programas educativos del nivel superior en México. *Perfiles Educativos* | vol. XXXV. México.
- Dr. UAM-X (2016-2018): Blog creado para compartir la experiencia del día a día del estudiante de medicina en la UAM-Xochimilco. <http://druam-x.blogspot.com/>
- Dussel, I. (2007) Algunas Precisiones Sobre El Término "Currículum" Y Sus Alcances en El Currículum. Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología.
- Echeverría, R. (2001) La formación médica en México y los procesos en búsqueda de garantizar la calidad de los egresados. *Rev Fac Med UNAM* Vol.44 No.2.
- Fernández, L. (1998). El análisis de lo institucional en la escuela. Un aporte a la formación autogestionaria para el uso de los enfoques institucionales. Buenos Aires, Argentina: Paidós SAICF.
- Foucault, M. (1999) El Nacimiento de la medicina social en Estrategias de poder. Paidós. Argentina.
- Furlán, A. (1998). Currículum e institución. Cuadernos del IMCED.
- Galeano, D., Trotta, L. y Spinelli, H. (2011) Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salud Colectiva*. Argentina.
- García, J. (1969) Características generales de educación médica en América Latina en *Educación Médica y Salud*. Organización Panamericana de la Salud.
- García, J. (1976) *La Educación Médica en la América Latina*. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 2da. reimpresión.
- García, J., Villarreal, R., y Ferreira, J. (1976) Documento Xochimilco. Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco.
- García, J. y Villarreal, R. (1984) *La administración del conocimiento biológico y social*. La administración del conocimiento biológico y social
- García, J. (1994) *Pensamiento social en salud en América Latina*. Capítulo 3. Interamericana/Mc Graw Hill y Organización Panamericana de la Salud. México. Originalmente presentado en el XXIII Congreso Internacional de Sociología. Caracas, Venezuela, 20-25 de noviembre de 1972. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400018
- García, J. (2007) Juan César García entrevista a Juan César García en *Clásicos en Medicina Social*. Volumen 2, número 3. Estados Unidos.

- Gilles, F. (1990) El trayecto de la formación. Paidós Educador. México.
- Gilles, F. (1997) Reseña de Pedagogía de la formación. Novedades Educativas. Universidad de Buenos Aires.
https://psico.edu.uy/sites/default/files/Rese%C3%B1a%20de%20Pedagog%C3%ADa%20de%20la%20Formaci%C3%B3n%20-%20Gilles%20Ferry_0.pdf
- Foucault, M. (1999) El Nacimiento de la medicina social en Estrategias de poder. Paidós. Argentina.
- Goic, A. (2006) Informe Flexner y educación médica. An. Chil. Hist. Med.
- Guevara, G. (1975) Taller de diseño Curricular. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Hersch, P. (1998) La influencia de la francesa en México y el cometido de una terapéutica individualizada en México- Francia: Memoria de una sensibilidad común siglos XIX-XX. Tomo I [en línea]. México: Centro de estudios mexicanos y centroamericanos.
<https://books.openedition.org/cemca/4078?lang=es#text>
- Hersch, P. (2013) "Lecciones imprescindibles de tres maestros chilenos en México: Edgardo Enríquez, Bernardo Baytelman y Jaime Serra", Pacarina del Sur [En línea], año 4, núm. 14, enero-marzo, 2013. ISSN: 2007-2309. Consultado el 26 de septiembre de 2019. Disponible en Internet: www.pacarinadelsur.com/index.php?option=com_content&view=article&id=605&catid=10 Fuente: Pacarina del Sur - <http://pacarinadelsur.com/home/amautas-y-horizontes/605-lecciones-imprescindibles-de-tres-maestros-chilenos-en-mexico-edgardo-enriquez-bernardo-baytelman-y-jaime-serra>
- Horwitz, A. (1975) Prefacio, en García, J. (1976) *La Educación Médica en la América Latina*. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 2da. reimpresión.
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., Elías, E. (2002) Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 12(2).
- Latapí, P. (1980) Análisis de un sexenio de educación en México 1970- 1976. Nueva imagen, México.
- López, C. (2014) La biopolítica según la óptica de Michel Foucault: alcances, potencialidades y limitaciones de una perspectiva de análisis en El Banquete de los Dioses. *Revista de Filosofía y Teoría Política contemporáneas*. Argentina.
- Mercer, H. y Laurell, C. (1981) La investigación en la maestría en medicina social. *Educ. Med Salud*, Vol. 15. No. 1.
- Meza, F. (S/R) Diferencia entre la medicina alopática y la homeopatía.
- Historia de la OPS (consultado en octubre de 2019)
https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=91:historia-de-la-ops&Itemid=0

- Médicos del mundo (2018) Homenaje a Catalina Eibenschutz
<http://www.mdm.org.ar/prensa/articulo/233/Homenaje-a-Catalina-Eibenschutz-Hartman>
- Meditips (2020) Los tres niveles de atención de salud <https://www.meditips.com/los-tres-niveles-atencion-salud/>
- México- Francia (2019) Miembro investigador: Paul Hersch Martínez
<http://www.mexicofrancia.org/sitio/ES/miem2.php?id=17>
- Organización Panamericana de la Salud (Consultado noviembre de 2019)
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6476:2010-dr-jose-roberto-ferreira-honored-paho-as-public-health-hero-americas&Itemid=139&lang=es
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978). Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Suiza, OMS. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>.
- Ortiz Ramírez, T. (1934) en (1998) La influencia de la francesa en México y el cometido de una terapéutica individualizada en México- Francia: Memoria de una sensibilidad común siglos XIX-XX. Tomo I [en línea]. México: Centro de estudios mexicanos y centroamericanos.
<https://books.openedition.org/cemca/4078?lang=es#text>
- Outón, M. (2010) Éthos médico y Techné en La Salud en México. México: UAM-Xochimilco.
- Pérez, R. (1987) La medicina alopática y otras medicinas <https://www.revistaciencias.unam.mx/es/159-revistas/revista-ciencias-14/1376-la-medicina-alop%C3%A1tica-y-las-otras-medicinas.html>
- Portillo, J. (1994) Pensamiento social en salud en América Latina Juan César García. Revista Médica de Uruguay.
- Remedi, E. (2004) La Institución: un entrecruzamiento de textos en Las Instituciones Educativas. México: Plaza y Valdés.
- Schvarstein, L. (2004). Psicología social las organizaciones, Buenos Aires: Paidós, pp. 21- 85 (64 p.)
- Restrepo, M., Lara, J. y Díaz, E. (2017) Educación Médica Colombiana en la segunda mitad del siglo XX: entre el modelo flexneriano y la Medicina Social Latinoamericana en Revista Nova et Vetera. Vol. 3 Ed. 26. Colombia. <https://www.urosario.edu.co/Revista-Nova-Et-Vetera/Vol-3-Ed-26/Omnia/Educacion-medica-colombiana-en-la-segunda-mitad-de/>
- Revista Nexos (1978) Cuadro clínico de la enseñanza médica mexicana. México. <https://www.nexos.com.mx/?p=50> Consulta realizada el 25 de agosto 2019

- Rodríguez, A (2009) Adaptabilidad y evolución de los objetos de transformación en el sistema modular de enseñanza-aprendizaje en La pedagogía modular y el desarrollo del pensamiento crítico. México.
- Rodríguez, A. (1998) Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX en História, Ciências, X Saúde Manguinhos. V. (2): 293-310, jul.-oct.
- Spinelli, H., Librandi, J. y Zabala, J. (2017) Los Cuadernos Médico Sociales de Rosario y las revistas de la medicina social latinoamericana entre las décadas de 1970 y 1980 <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v24n4/0104-5970-hcsm-24-04-877.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978). Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Suiza, OMS. Disponible en: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>>.
- Organización Sanitaria Panamericana (1957), Informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana a los Gobiernos Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana.
- Velasco, R., Rodríguez, P. y Guevara, F. (1982) Cuadernos de Formación de profesores: Notas acerca del Diseño Curricular. La definición de fases y el diseño modular. Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco. División de Ciencias Biológicas y de la Salud.
- Vignolo, J. (2011) Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna 2011; XXXIII (1):11-14
- Universidad Autónoma Metropolitana- Unidad Xochimilco (1994) En el nombre de una vida / Edgardo Enríquez Frodden. Universidad Autónoma Metropolitana. México
- Universidad Nacional de San Martín (2020) Autores: Hugo Mercer <http://revistaanfibia.com/autor/hugo-mercero/>
- Yazlle, J. (1980) El hospital de enseñanza: contribución al debate en Educación Médica y Salud. Organización Panamericana de la Salud.

Anexo

Estructura curricular de la Licenciatura en Medicina. División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM-X, 2010.

SEMBLANZA DE LA LICENCIATURA			
Estructura curricular			
UNIDAD ENSEÑANZA-APRENDIZAJE	CLAVE	CREDITOS	TRIM.
TRONCO GENERAL			
CONOCIMIENTO Y SOCIEDAD	300000	28	I
PROCESOS CELULARES FUNDAMENTALES	330002	42	II
ENERGÍA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS FUNDAMENTALES	330003	42	III
TRONCO BÁSICO PROFESIONAL			
INTRODUCCIÓN A LA MEDICINA: MORFOFISIOLOGÍA I	335033	5	I o II
INTRODUCCIÓN A LA MEDICINA: MORFOFISIOLOGÍA II	335034	5	I o II
INTRODUCCIÓN A LA MEDICINA: FARMACOLOGÍA	335035	4	II o III
ETAPA I: "MECANISMOS DE INTERACCIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD"			
EL HOMBRE Y SU AMBIENTE	335036	43	IV
EL HOMBRE Y SU MEDIO INTERNO	330127	43	V
ETAPA II: "CRECIMIENTO Y DESARROLLO BIOLÓGICO Y SOCIAL DEL INDIVIDUO"			
REPRODUCCIÓN	330134	43	VI
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL INFANTE Y DEL PRE-ESCOLAR	330143	43	VII
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL ESCOLAR Y DEL ADOLESCENTE	330149	43	VIII
ETAPA III: "PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD EN EL ADULTO Y EL ANCIANO A TRAVÉS DE SU ATENCIÓN INTEGRAL"			
ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO I	335010	43	IX
ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO II	335011	43	X
ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO III	335012	43	XI
ATENCIÓN INTEGRAL DE URGENCIAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS	335013	43	XII
ETAPA IV: "INTEGRACIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL"			
ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL I	335037	34	XIII, XIV o XV
ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL II	335038	34	XIII, XIV o XV
ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL III	335039	34	XIII, XIV o XV
TOTAL DE CREDITOS		615	