

ALGUNAS REFLEXIONES EN TORNO A LOS SISTEMAS DE ENSEÑANZA MODULAR EN EL AREA DE LA SALUD EN MEXICO

MAGDA LUZ ATRIAN SALAZAR*, JOSE ANTONIO YRIZAR ROJAS**

Resumen

Por múltiples razones, el análisis de la práctica educativa en los Sistemas de Enseñanza Modular (SEM) del área de la salud en México, ha tenido una escasa divulgación al exterior de cada sistema. Las dificultades y los logros no se conocen sino a nivel interno; por ello, se requiere de trabajos sistematizados que aborden este tema.

Dado que los SEM adquieren características específicas durante su desarrollo, este artículo pretende analizar de manera general algunos aspectos comunes en cuanto a la práctica educativa se refiere, de carácter introductorio y no exhaustivo, dado que no se hace referencia a alguno de estos sistemas educativos en particular. Corresponde a los involucrados en el proceso profundizar en los aspectos específicos, ya que son ellos los que día con día concretizan y construyen los criterios orientadores de los SEM.

Introducción

A pesar de la juventud de los Sistemas de Enseñanza Modular (SEM), de la poca elaboración teórica de la que se dispone (la gran mayoría son documentos de trabajo interno de las instituciones educativas), los SEM representan una alternativa en el panorama actual del sistema educativo.

Más que teorizar sobre lo que deberían ser los SEM, hemos preferido realizar una aproximación al análisis de lo que ha sucedido con la práctica educativa en los diferentes proyectos que siguen esta modalidad en el área de la salud.

Con este propósito hemos dividido el trabajo en cinco partes

1. La estructura del plan de estudios en los SEM, el módulo como su unidad y la metodología de enseñanza.
2. Algunos antecedentes históricos del sistema de salud y de los sistemas de enseñanza modular.
3. La práctica educativa, una categoría de análisis de los sistemas de enseñanza.
4. Breve análisis de la práctica educativa en los SEM.
5. Conclusiones.

Esperamos que este esfuerzo contribuya a sembrar inquietudes, colabore en la explicación de algunos de los problemas a los que se enfrentan las alternativas educacionales que pretenden innovar o cambiar la práctica profesional predominante, y permita el análisis auxiliar en la toma de decisiones que constantemente se realiza durante el desarrollo de estos proyectos educativos.

1. La Estructura del Plan de Estudios en los Sistemas de Enseñanza Modular (SEM), el Módulo como su Unidad y la Metodología de la Enseñanza.

En la concepción de nuevos proyectos educativos durante la década de los setentas se dieron dos tipos de respuestas la creación de instituciones con nuevas concepciones en torno a la estructura curricular y su metodología de enseñanza, y la coexistencia en las instituciones educativas de una propuesta alternativa al plan de estudios tradicional.

*Profesora e investigador del Centro Universitario de Tecnología Educativa para la Salud (CEUTES) de la UNAM.

**Las referencias se anotan al final de este trabajo.

El análisis de los SEM se ha centrado en lo técnico-metodológico por la necesidad de que los proyectos educativos resuelvan los obstáculos que se han presentado durante su desarrollo, dada la precipitación con la que se pusieron en marcha, hecho que puso en evidencia las divergencias en torno a la metodología de diseño de la estructura curricular, la conceptualización del módulo y la metodología de enseñanza, sin considerar cómo el nuevo tipo de práctica profesional se enfrentaba a los intereses económicos, políticos y sociales de la práctica y saber médico predominantes.

Queremos destacar la dificultad para establecer generalizaciones respecto a los diferentes proyectos educativos, dado que la respuesta a los distintos problemas surgidos durante su desarrollo ha dado origen a diferencias sustanciales teórico-metodológicas, al descuido de lo ideológico-político en la práctica educativa, y a la resolución institucional de los problemas vinculados con el proceso enseñanza-aprendizaje.

Quizá lo único que se pueda generalizar es la estrecha concordancia que se establece entre la estructura del plan de estudios, la concepción del módulo como unidad, y la metodología de enseñanza consecuente. Todos consideran propositivamente la diacronía y la sincronía de la estructura curricular.(2)**

2. Algunos Antecedentes Históricos del Sistema de Salud los Sistemas de Enseñanza Modular

La desvinculación de la educación médica y la realidad sanitaria de nuestro país se refleja en los planes y programas de estudio, de la mayoría de las instituciones educativas dedicadas a la formación de recursos humanos para el área de salud. Esta situación es producto del proceso de asimilación de una práctica médica y educativa que se inicia desde el siglo XIX con la influencia de la clínica francesa, y sigue en 1910 en torno al surgimiento en EE.UU. de una nueva medicina de especialidades apoyada en la tecnología, cuya adopción ha determinado la dependencia de la educación y práctica médica en estos modelos.

El informe Flexner -publicado en 1910- es una investigación sobre las escuelas de medicina de EE. UU. y Canadá, patrocinadas por la fundación Carnegie para el desarrollo de la enseñanza en esta área y cuyos resultados normaron y siguen normando en la mayoría de las escuelas de medicina, a partir de las siguientes premisas:

1. “La atención médica debe basarse en el conocimiento de las ciencias biomédicas;”
2. “Sólo las escuelas de alta calificación pueden ser acreditadas para formar médicos”;
3. “Las escuelas aprobadas deben privilegiar la educación en laboratorios y experiencia clínica”;
4. “Las escuelas sin la calidad necesaria deben ser cerradas”;
5. “Las escuelas deben estar afiliadas a universidades.”

“En la práctica, el informe Flexner vino a consolidar un tipo de ejercicio médico: la llamada medicina científica, que dio un enfoque positivista a la enseñanza, la investigación y la práctica. Fueron las tendencias científicistas de la sociedad norteamericana, por medio de las cuales se pretendía reducir los problemas sociales a problemas técnicos.”

El auge del positivismo médico dio como resultado:

Primero. “La concepción del cuerpo humano como un organismo integrado fue sustituida definitivamente por la de una yuxtaposición de sistemas sin relación entre sí. . .”

Segundo. “La investigación cerró los ojos a toda consideración sobre las causas sociales de las enfermedades, ya que los fenómenos colectivos quedaron fuera del ámbito de lo que se consideraba científico. . .”

Tercero. “El diagnóstico y la terapéutica empezaron a realizarse mediante un enfoque del organismo como máquina, facilitando así una aproximación instrumentista al cuerpo. . . (3)”

En adelante, trataremos de relacionar la oferta y la demanda de trabajo médico generadas por los sistemas de educación médica y de atención médica respectivamente.

En México, hasta antes del siglo XX, el hospital “no constituye una institución médica y . . . la medicina es una profesión no hospitalaria” 2; esta situación cambia con la inauguración, en 1906, del Hospital General

**Las referencias se anotan al final de este trabajo.

de México, y con el hecho de que la salud es reconocida como un campo específico de la intervención estatal. En 1917 se crea el Consejo General de Salubridad y el Departamento de Salubridad Pública; la evolución de ambos organismos fue diferente, pues mientras el primero prácticamente no ha sufrido modificaciones, el segundo fue transformándose. En 1937 se crea el Departamento de Asistencia Social Infantil, elevándose al rango de Secretaría seis meses después; asimismo, amplió sus funciones de asistencia pública a la totalidad de los habitantes. Surge así la Secretaría de Asistencia Pública que en 1943 se fusiona con el Departamento de Salubridad Pública para formar la Secretaría de Salubridad y Asistencia, vigente en la actualidad, con lo que se abre un nuevo espacio de trabajo para los médicos. Esta primera expansión de la intervención estatal en el área de la salud trataba de llevar a las grandes masas de la población servicios básicos de salud; el hospital seguía jugando un papel secundario, por lo que gran parte de la demanda de fuerza de trabajo médico a que dio lugar esta expansión fue cubierta por la instauración del servicio médico social (octubre de 1936). Los primeros intentos de legislar la seguridad social datan de 1921, se formula y expide el proyecto de Ley del Seguro Social en 1938 y se promulga en 1943, creándose en esta forma el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Hasta aquí tenemos lo que se denomina periodo de creación de las principales instituciones (Salubridad y Asistencia Pública y Seguridad Social) que abarcan el periodo de 1917 a 1943.(4)

El periodo de 1943 a 1958, por su parte, se caracteriza por un crecimiento lento de las instituciones e inicio de la especialización, misma que venía anticipándose desde la década de los años veinte pero que se establece en 1943 como forma dominante de organización para la producción de los servicios médicos, al crearse los institutos y hospitales de la especialidad. El hospital empieza a convertirse en el centro de desarrollo de un trabajo médico cada vez más especializado. Cabe suponer que la incorporación de personal, a través de la creación del internado de posgrado, haya servido para cubrir las necesidades de fuerza de trabajo durante este periodo, ya que en 1942, al iniciarse el crecimiento hospitalario en México, se instaura el primer programa de internado de posgrado en el Hospital General de México, y en 1954, en el Seguro Social.(4)

El periodo de expansión rápida y consolidación de la especialización comprende de 1958 a 1967; "...se puede afirmar que el crecimiento de la capacidad instalada de recursos de la seguridad social en 1958 es una consecuencia de la respuesta del Estado a necesidades de la estructura económica, tales como el mantenimiento y la reproducción de la capacidad de trabajo de grupos de población insertos en los sectores de producción de la economía, considerados en ese momento como los puntales del desarrollo del país. . ."

(4) La gran demanda de trabajo médico generada por el IMSS caracteriza este periodo. En 1960 se publica la ley que transforma la antigua Dirección de Pensiones Civiles en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), cuya expansión en esta década es impresionante, pero su efecto sobre la demanda de trabajo médico a nivel nacional no fue tan importante como el del IMSS, debido fundamentalmente a su dependencia de la subrogación de servicios.(4)

El periodo de expansión hospitalaria no se acompañó de un aumento en la matrícula de la Facultad de Medicina (UNAM), ya que ésta se mantuvo casi constante de 1958 a 1967, por lo que "las instituciones de salud recurrieron a la utilización de recursos humanos disponibles casi de inmediato, que pudieran funcionar como un elemento sustitutivo de la capacidad de trabajo médico demandada. Es por esto que aun cuando el internado rotatorio de pregrado había sido aprobado como parte del plan de estudios de la principal Facultad de Medicina en 1959, su establecimiento definitivo se realiza hasta 1962, en pleno auge de la expansión hospitalaria. . ." (5); con todo ello, además, se responde a la demanda de un nuevo tipo de médico, cada vez más orientado a la práctica hospitalaria y de especialidades, ya que el internado rotatorio de pregrado es concebido como un entrenamiento en el trabajo hospitalario. Con esta gran expansión de la capacidad de prestación de servicios médicos de las instituciones del Estado, muchos médicos combinaron el ejercicio liberal de la medicina con el trabajo asalariado en las instituciones de salud, al interior de las cuales las relaciones sociales entre los médicos y el resto del personal se jerarquizaron en función de las diferencias en la capacitación técnica y el control de los instrumentos de trabajo de los participantes en la producción de los servicios.

En el periodo de 1967 a 1979 la seguridad social disminuye su acelerada expansión característica del periodo anterior, mientras que el sistema de educación médica experimenta un argumento en la matrícula sobre todo de la Facultad de Medicina, y además se abren nuevas escuelas de Medicina en el país. “. . . La relación que se establece entre estos dos fenómenos se ha reflejado en el desbalance entre la demanda y la oferta de capacidad de trabajo médico que prevalece actualmente. . .” (5); por ello, este periodo se califica como crítico.

Este freno en el sector salud y el incremento en el sistema de educación médica se acompañan, en un contexto más amplio, de la agudización de la crisis económica que se registra en nuestro país a partir de la década de los años setenta,(5) la que ha determinado, por un lado, reducción de los gastos públicos incluido el subsector salud, y por otro, en el sector educativo, a saber:

- Aumento de la población en educación superior,
- Incremento de la población en educación media y media superior, y
- Crecimiento moderado de la primaria y estancamiento de la educación básica para adultos.

Cabe observar que en momentos de crisis económica se produce este aumento de aspirantes a educación superior, cuando la escasez de empleos productivos provoca la desviación de una gran parte de fuerza de trabajo hacia el sistema de educación media y superior, aunque la proporción de personas que logran ingresar es muy baja.(5)

Los planteamientos hechos anteriormente nos permiten señalar que:

- El egresado de las escuelas de medicina entra en desventaja al mercado de trabajo por su saturación, con mayores exigencias competitivas para el ejercicio de su práctica profesional y/o la aspiración a una especialidad.
- Miles de egresados orientados hacia la práctica hospitalaria se suman a las filas del desempleo,(3) mientras que gran parte de la población sobre todo del medio rural carece de servicios de atención para la salud, a pesar del esfuerzo de las instituciones de salud por aumentar su cobertura, enfocándose a las actividades de primer nivel y con una tendencia a establecer un sistema nacional de salud.(1)

En consecuencia, en el sector de educación médica, en el año de 1971 13 la Secretaría Auxiliar de Educación Médica, de la Facultad de Medicina, UNAM, trabaja en dos puntos básicos: en investigación en educación médica y en el mejoramiento de la metodología de la enseñanza y de la evaluación. Para esto, se realizó un programa educativo de tipo experimental puesto a prueba en Ciudad Nezahualcóyotl, con 66 alumnos de primer ingreso, en un periodo comprendido entre marzo de 1972 a diciembre de 1973. La problemática a resolver era la siguiente:

1. “Número creciente de alumnos que ya no encuentran cabida en el plantel existente.”
2. “Bajo nivel de motivación de los estudiantes, particularmente en cuanto a la adquisición de conocimientos en las llamadas ciencias básicas.”
3. “Disociación entre los conocimientos teóricos y la práctica médica.”
4. “Actitud de franca preferencia por las especialidades y por la medicina de hospital, sobre la prevención y la medicina de comunidad, en contraposición con la necesidad creciente de este último tipo de atención médica.”

Este programa experimental sirvió como fundamento al Plan de Estudios Experimental de Medicina General (Plan A-36) (8) aprobado en febrero de 1974 e iniciado el 12 de mayo del mismo año. Poco después se crean la Universidad Autónoma Metropolitana -Unidad Xochimilco-, las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales de Iztacala y Zaragoza, la Universidad Autónoma de Baja California y otras, que desarrollan sistemas de enseñanza modular, como una respuesta a la misma problemática detectada.

Seguramente es de todos conocido que los sistemas de enseñanza modular organizaron su estructura curricular en torno a lo que algunos autores han denominado “la triada de integración docencia-servicio-investigación”.(9) A pesar de que todos los sistemas de enseñanza modular toman en cuenta la triada, uno de los elementos se constituirá en dominante del plan de estudios en general y del módulo en particular, como unidad, hecho que repercutirá en la práctica educativa. Tenemos por ejemplo que en la ENEP-Zaragoza, el elemento dominante actualmente lo constituye el servicio, en la UAM-Xochimilco, la investigación y en el PMGI (Plan A-36) la docencia.(10)

Las diferencias en los sistemas de enseñanza modular no sólo se dan por el elemento dominante de la triada de integración, sino que detrás de cada proyecto educativo subyace una teoría de apoyo en donde se encuentran presentes de manera explícita los siguientes elementos:

1. Una concepción de las relaciones que guardan entre sí la sociedad y la institución educativa en un momento histórico determinado.
2. Una concepción respecto a la teoría del conocimiento.
3. Una teoría psicológica del aprendizaje.
4. Una metodología de enseñanza (modular) concordante con los planteamientos anteriores.

En torno a todo este cuerpo de teoría, se articulan y entrelazan un conjunto de factores a los que denominamos práctica educativa. Algunos de estos factores son: el tipo de estructura curricular, la manera como se programa la enseñanza, cómo se evalúa el aprendizaje, cómo se relaciona la teoría con la práctica, cómo, para qué y por qué se seleccionan los contenidos; cómo se relacionan la docencia, el servicio y la investigación, los roles dados a los profesores y a los estudiantes, el papel jugado por las autoridades y la administración; los apoyos utilizados para la enseñanza y el aprendizaje, el tipo de vinculación y el nivel establecido con las instituciones de servicio y los programas de salud, etc. Repetimos, todo este conjunto de factores se concretiza en cierto tipo de interacción entre el sujeto, el objeto de conocimiento y el medio ambiente, y a ello lo hemos denominado práctica educativa.

3. La Práctica Educativa, una Categoría para el Análisis de los Sistemas de Enseñanza

Desde la perspectiva señalada anteriormente, la práctica educativa constituye el elemento fundamental del proceso educativo en general y del proceso de enseñanza-aprendizaje en particular; es un concepto mucho más amplio que el de “experiencias de aprendizaje”, ya que implica “ver más allá” de las simples actividades de aprendizaje desarrolladas por el estudiante para obtener un cambio de conducta explicitado en lo que se conoce como “objetivo de aprendizaje”; este enunciado, a su vez, dará origen al sistema de “evaluación del aprendizaje”. Ese “ver más allá” significa vincular la práctica educativa con otras prácticas sociales, con un tiempo y un espacio, en un momento histórico determinado y con un tipo específico de organización social; implica hablar de los valores y actitudes presentes en el acto educativo, de las relaciones sociales que se producen en la formación del personal de salud y en la práctica profesional que realiza el docente, hecho último que puede estar en consonancia con la práctica profesional predominante o que puede implicar cambios relativos que no escapan a las características generales del sistema de salud prevaleciente.

“Nosotros hacemos una primera determinación al tomar el fenómeno educativo en tanto práctica, o sea como quehacer humano determinado en un contexto y, como tal, analizado en su dimensión social; esto es, como práctica que se constituye en una situación histórica determinada sobre ciertas condiciones económicas sociales básicas. Enfocado así el objeto de estudio, se propone el análisis de las relaciones con lo político-ideológico, aspecto que generalmente se omite en los análisis al referirlos sólo a lo técnico-pedagógico.” (6) El análisis de la práctica educativa, por lo tanto, debe partir del análisis de la formación social, en donde será necesario determinar cómo se articulan en ella los elementos provenientes de la estructura económica y de la superestructura ideológico-política, explicitando las prácticas que le son inherentes. Lo importante en este tipo de análisis es precisar las mediaciones y relaciones con las demás estructuras y prácticas que configuran lo específico de una situación histórica.

La práctica educativa en general y en particular en los sistemas de enseñanza modular, no es una función que se agota sólo en el aula o en el proceso enseñanza-aprendizaje; tampoco se encuentra desvinculada de otras prácticas sociales y ajenas a intereses de tipo económico o político-ideológico, como puede ser en el caso específico de la práctica y saber médicos. Con fines exclusivamente de análisis y difiriendo con el autor antes citado, en la práctica educativa encontramos dos niveles: el nivel de hecho, con sus dos instancias: realidad y propósito, y el nivel de reflexión. Esto no significa que durante la práctica educativa se den independientes sino todo lo contrario; esto significa la relación práctica-teoría-práctica, o acción-reflexión-acción, propuesta por algunos autores como Azucena Rodríguez y Gloria Edelstein, Paulo Freire, Guillermo García, Adam Schaff, etcétera.(12)

Las ideas expuestas anteriormente implican, entonces, que “la práctica educativa se da antes e independientemente de que se reflexione sobre ella o se dé como una acción consciente y deliberada. Esta noción es importante porque a menudo se asocia lo educativo con lo escolar exclusivamente”.(6)

Cuando nos referimos a la realidad hacemos referencia a la manera como interactúan profesor-alumno-objeto de conocimiento dentro del contexto institucional, independientemente de lo propositivo. Esto constituye la primera instancia del nivel de hecho de la práctica educativa. Hacemos referencia a la interacción misma en el aula, laboratorio, comunidad u hospital donde se desarrollan situaciones de enseñanza-aprendizaje que no son independientes del contexto socio-institucional más general y que, como ya lo señalábamos con antelación, se encuentran entrelazados e interactuantes con múltiples factores.

Cuando nos referimos a la instancia propositiva, estamos entrando en contacto a nivel de hecho con la filosofía, política y objetivos de la institución. A través del plan de estudios, de los programas de enseñanza, sus reglamentos y organización interna, junto con sus relaciones con el exterior, determinan “el deber ser” propositivo que generalmente se encuentra explicitado en varios documentos de uso interno y que en el acto educativo formal pueden o no estar presentes. Es parte de una práctica educativa que en tanto práctica deliberada persigue ciertos fines más o menos explicitados y que en muchas ocasiones entran en contradicción con la práctica educativa a nivel de realidad. Es así como en un primer nivel de análisis encontramos a la práctica educativa a nivel de hecho con sus dos instancias la realidad misma (la situación de enseñanza-aprendizaje in situ), y lo propositivo (el deber ser), que pretende desarrollar un nuevo tipo de relaciones educativas a varios niveles y con propósitos innovadores que tienden al establecimiento de un nuevo tipo de práctica profesional, que además no es ajena o independiente de los valores predominantes de la sociedad donde está inserta.

PRACTICA EDUCATIVA REALIDAD

A<

NIVEL DE HECHO PROPOSITOS

La práctica educativa a nivel de hecho en su instancia propositiva se recorta y constituye sobre la base de la instancia realidad; en su origen la institución educativa es el intento de hacer más eficaz, más económica, más organizada la educación dada como práctica efectiva.

En un segundo momento, la práctica reflexiva, a su vez, surge como una respuesta a los requerimientos de la instancia realidad y la instancia propositiva de la práctica de la educación a nivel de hecho. Este segundo nivel de la práctica educativa a nivel de reflexión va más allá de las pseudoconcreciones(7) que puedan elaborarse sobre la comparación entre las instancias realidad y propositiva, y para ello es necesario partir de todo un cuerpo de teoría que posibilite el análisis de las contradicciones en la práctica educativa a nivel de hecho. Estas reflexiones sobre la educación adquieren especial desarrollo cuando se advierten las inadecuaciones entre la instancia realidad y lo que se verifica o señala en la instancia propositiva.

Sabemos de antemano que en todo sistema de enseñanza en general, y en particular en los sistemas de enseñanza modular, además de la triada docencia-servicio-investigación existen cuatro factores que deben tomarse en cuenta en el nivel reflexivo; 1o. Relaciones entre la institución educativa y la sociedad. 2o. Teorías del conocimiento. 3o. Teorías psicológicas del aprendizaje humano. 4o. Metodología de la enseñanza.

Las reflexiones que a continuación se presentan parten de esos postulados.

4. La Práctica Educativa en los Sistemas de Enseñanza Modular

Hasta este momento hemos revisado algunos elementos de carácter histórico que son puntos de partida para el análisis y estudio de la práctica y saber médicos en la sociedad mexicana; además, hemos conceptualizado la categoría de práctica educativa y sus dos niveles que posibilitan el análisis de los sistemas de enseñanza en una formación social.

Debido a que el CEUTES de la UNAM es una institución dedicada a la investigación y formación de recursos humanos en el área de la salud, y no una escuela o facultad que haya puesto en práctica un sistema de enseñanza modular para la formación de profesionales, el análisis que realizaremos a continuación tendrá características generales, lo cual significa que, desde nuestra óptica, son comunes a todos los sistemas de enseñanza modular. Sin embargo somos conscientes de las limitaciones que este análisis tiene en relación con las particularidades que asume la práctica educativa a nivel de hecho, en consonancia con el cuerpo teórico referencial de cada proyecto educativo.

De las reflexiones que nos hemos propuesto realizar sobre la práctica educativa en sus dos niveles, sólo tomaremos algunos puntos, de los cuales algunas afirmaciones son válidas en cierta medida, dado que no se refieren a casos particulares.

4.1 Relación entre los proyectos educativos de enseñanza modular y la sociedad

Realidad

Para poder realizar un nuevo tipo de práctica profesional, la institución educativa busca lugares donde ésta se desarrolle. El establecimiento de los convenios interinstitucionales para la participación de los estudiantes del área de la salud en un lugar determinado, depende de las relaciones de las autoridades y docentes y de las políticas generales del sistema de salud. Las dificultades para el cumplimiento de los convenios aparecen cuando son tocados los intereses específicos de un grupo profesional determinado, que ve afectada no sólo su área natural de influencia y su poder social, sino su concepción de la práctica médica. En algunos convenios, los estudiantes y los profesores se incorporan a las unidades de atención de la salud de las diferentes instituciones; en otros, la institución educativa crea sus propias unidades de servicio.

Los materiales didácticos de apoyo que presentan un enfoque interdisciplinario y más amplio del proceso salud-enfermedad, se van elaborando con fuertes presiones de tiempo y con nuevas exigencias surgidas de la realidad que no fueron contempladas, y con las deficiencias características de una metodología de diseño no consolidada.

Los sistemas de enseñanza modular

Con ligeras variantes, la enseñanza modular concibe la formación del profesional en el área de la salud y su vinculación con la sociedad, a partir de los siguientes propósitos: se plantea la necesidad de un nuevo tipo de práctica profesional que implica concebir la intervención del equipo de salud multidisciplinario en el proceso salud-enfermedad, donde la práctica médica se orienta primordialmente hacia los aspectos preventivos y de educación para la salud, fundamentados en la medicina social, epidemiología, salud pública, psicología, método científico, etc., que trascienden del nivel individual al social cuyas manifestaciones se denominan medicina general, familiar y comunitaria (modelo emergente) versus la medicina de especialidades (modelo dominante).

Reflexión

La no correspondencia en la práctica educativa con el nuevo tipo de práctica profesional que trata de asumirse, unido a las presiones de los sistemas de salud y roles internalizados por la población, entran en conflicto en el momento de su realización en cada uno de los integrantes (profesores, estudiantes,

población). Las opciones de solución a lo anterior se concretan en lo siguiente volver a los roles conocidos; trabajar bajo presión en las actividades del programa, o el abandono del proyecto por algunos participantes.

Esta situación podría sintetizarse como sigue La práctica educativa al no reproducir la práctica profesional predominante vinculada a otras prácticas sociales, entra en contradicción con el sistema de salud prevaleciente.

Realidad

En el nuevo tipo de práctica profesional que se busca, existe deficiencia en cuanto al conocimiento de la realidad en la que se va a llevar a cabo la práctica educativa, dado que, en la mayoría de los casos, la investigación de la problemática social es de carácter descriptivo más que analítico, y además no se trabaja propositivamente la ansiedad que origina en los estudiantes el enfrentamiento con la realidad concreta. Las formas que se siguen para la apropiación y/o adquisición del conocimiento de la realidad en la que se va a trabajar tienen dos modalidades como proceso que va construyendo el propio estudiante en equipo o como asimilación de datos previamente elaborados y proporcionados por el profesor.

Propósito

La enseñanza de un nuevo tipo de práctica profesional requiere que ésta se realice en las situaciones reales donde existen objetivamente las necesidades y problemas de salud, actuando propositivamente en ellos en una población o área determinada de común acuerdo entre las instituciones educativas y las instituciones de salud.

Reflexión

Es probable que el desconocimiento de las contradicciones dentro del área de influencia en lo social y en lo referido a la salud, y la falta de explicitación de los límites y coyunturas en cuanto a la práctica profesional emergente, sean algunas de las causales más importantes de las limitaciones del desarrollo de la práctica educativa.

Realidad

Las estrategias desarrolladas en el sistema de enseñanza modular se van afinando conforme se lleva a cabo el programa, con múltiples dificultades para que los estudiantes internalicen el nuevo tipo de práctica profesional, como resultado de los convenios interinstitucionales, del análisis descriptivo de la problemática social en general y de salud en particular y de los obstáculos de los sistemas administrativos. La práctica educativa en el área de influencia manifiesta alguna de las siguientes características las actividades de los estudiantes en los primeros grados se orientan hacia la realización de programas de salud de carácter cuantitativo, como atención de un número determinado de familias, vacunación de cierto número de niños, realización de pláticas, etc. Estas situaciones originan en los involucrados en la práctica educativa, por un lado, ansiedad, angustia y frustración en diferentes grados que se intentan resolver “fácilmente” en el aula, y por otro, descrédito en la comunidad hacia lo que hay por realizar, lo que implica dificultades para integrar la investigación, la docencia y el servicio.

El conocimiento parcial de la problemática general no invalida la capacidad del estudiante para percibir la consecuencia de sus actividades que no logran afectar las contradicciones de fondo que se manifiestan y que no le corresponde solucionar.

Propósito

La formación de un profesional de la salud que internalice la nueva concepción de la práctica profesional, requiere de una estrategia diferente en el proceso enseñanza-aprendizaje; la estructura de los

planes de estudio debe integrar la investigación, la docencia y el servicio, para lo cual es necesario abordar la problemática de salud de una manera interdisciplinaria, lo que supone nuevos modelos de enseñanza cuya unidad básica sea el módulo.

Reflexión

Las presiones de la sociedad se reflejan a nivel de hecho en una mayor exigencia hacia los proyectos innovadores o de cambio, lo que significa una mayor presión y dedicación a los involucrados en el proyecto educativo y los avances muchas veces no son reconocidos. La atención médica, la enseñanza y la investigación no se vinculan equilibradamente, lo que impide reforzar la calidad de las tres actividades; en el nivel de desarrollo de la práctica, los desfases que se dan originan contradicciones entre la investigación, la docencia y el servicio, mismas que deben ser analizadas objetivamente por los participantes, con objeto de conseguir su adecuado manejo.

Realidad

La flexibilidad requerida por un sistema de enseñanza modular (SEM) para originar un nuevo tipo de relación social en la práctica educativa -lo que significa coherencia con los propósitos de generar un nuevo tipo de práctica profesional e impulsar el dinamismo de esta opción educativa-, se ve entorpecida, y en algunos casos anulada, al enfrentarse con la realidad que implica estructuras rígidas de carácter normativo que regulan las líneas de autoridad (las jerarquías en las instituciones educativas y de servicio) y que reglamentan los procedimientos administrativos y escolares.

Este planteamiento provoca en los involucrados en la práctica educativa una situación ambivalente que oscila las actitudes y acciones hacia lo ya conocido y hacia las propuestas del proyecto educativo negando la coherencia necesaria. Esto significa que la práctica profesional y la estructura de las instituciones de salud no están preparadas para recibir al estudiante y al egresado, a pesar de existir la intención a nivel político.

Propósito

Un nuevo modelo de enseñanza implica necesariamente transformar las relaciones sociales que se dan al interior y al exterior de la institución educativa, como reflejo de las relaciones que se dan en la sociedad. De acuerdo con el nuevo tipo de práctica profesional propuesto, con las necesidades derivadas de la integración investigación-docencia-servicio, con el estudio interdisciplinario de la problemática de salud, se requiere el establecimiento de cambios en las relaciones autoridades-docentes-estudiantes-trabajadores, instituciones-instituciones, instituciones educativas-comunidad.

Reflexión

La negación del conflicto existente, la falta de explicación de sus causas, y como consecuencia la falta de alternativas concretas de respuestas significativas a esta situación-originada por la angustia y la ansiedad-, se traducen en una resistencia al cambio de los participantes de la práctica educativa en sus diferentes momentos, lo que induce generalmente a retomar -de manera disfrazada- los modelos de actuación ya conocidos, que aparentemente devuelven la seguridad perdida y requieren de menos esfuerzo, mecanismo típico que niega la posibilidad de buscar cambios significativos. Esto da lugar a un "hibridismo" entre la enseñanza tradicional y la enseñanza modular, por un lado, y por otro, entre la práctica profesional predominante y la práctica profesional que busca realizar el SEM.

4.2 La relación profesor-alumno y la práctica educativa

la relación maestro-alumno merece un tratamiento especial debido a que los involucrados concretizan y construyen día con día los criterios de los SEM orientadores a nivel de hecho.

La forma de abordar este punto a nivel de hecho requerirá considerar por un lado al profesor y por otro al estudiante; a nivel reflexivo tomaremos en cuenta todos los elementos que intervienen en la

práctica.

Realidad

En general, los alumnos que ingresan al nivel de licenciatura reproducen el rol pasivo aprendido durante los años de escolaridad elemental, media y media superior; carecen de los hábitos de estudio requeridos por el SEM y han adquirido conciencia de que el conocimiento se les entrega terminado, que hay que asimilarlo, y ésta es la condición para posteriormente incidir en la realidad; por lo tanto, carecen de las herramientas metodológicas y de la actitud requerida para la investigación.

Los SEM han seguido fundamentalmente dos caminos para formar a sus profesores el primero lo constituyen cursos, talleres, seminarios realizados por la propia institución y/o a través de otras instituciones especializadas. El segundo consiste en la capacitación durante el proceso mismo (adiestramiento en servicio). El perfil del profesor deseado por los alumnos es, de acuerdo a algunas encuestas, el siguiente:

1. Que tenga bastantes conocimientos de la medicina y que al mismo tiempo sea buen médico.
2. Que sea poseedor de métodos y técnicas de enseñanza.
3. Que tenga interés por los alumnos y en general por la juventud.
4. Que tenga dedicación a la enseñanza, espíritu crítico, ética profesional y conciencia de sus limitaciones.
5. Que tenga serenidad, entusiasmo, paciencia, accesibilidad, calidad humana, responsabilidad, equilibrio emocional, que conozca profundamente el proyecto y que comulgue con la filosofía del mismo.(13)

Propósito

Se pretende que el alumno asuma un rol activo y crítico durante el proceso enseñanza-aprendizaje, que detecte en su contacto con la comunidad los problemas de salud y los convierta en motivo de investigación, estudio y actuación para que vaya internalizando el nuevo tipo de práctica profesional propuesto.

Los profesionales que fungen como profesores en los SEM del área de la salud requieren de las siguientes características: independientemente de la rama de las ciencias de la salud en donde desarrollen su práctica profesional, este tipo de profesores necesitan tener el enfoque de la medicina general y de la práctica profesional propuesta en el proyecto educativo; necesitan capacitarse en la filosofía, concepción sobre el plan de estudios, módulos como unidad básica y metodología de enseñanza requeridos para el desarrollo de sus programas específicos; requieren de una actitud favorable hacia el trabajo en equipo multidisciplinario y conocimientos específicos en su(s) área(s), susceptibles de ser aprovechados en la integración del módulo y en los materiales de apoyo-conjuntamente con los proporcionados por los profesores de otras disciplinas -que tienden a lograr la práctica profesional propuesta por el SEM; demandan asimismo realizar en equipo multidisciplinario y con los estudiantes la investigación necesaria para la identificación de los problemas de salud, su explicación, la búsqueda de alternativas y la selección y puesta en marcha de las acciones pertinentes.

La relación profesor-alumno y la práctica educativa a nivel de reflexión

Los involucrados en la práctica educativa (profesores, estudiantes, comunidad, personal de las instituciones de salud) manifiestan continuamente en sus actitudes y acciones una resistencia al cambio generada por la angustia de lo desconocido, de tal manera que las relaciones que se establecen oscilan entre lo que propone el SEM y lo que de hecho sucede cotidianamente en todas las situaciones vinculadas con la práctica educativa. Por ejemplo, el profesor asume actitudes autoritarias para forzar a los alumnos a realizar las actividades programadas en la comunidad, la comunidad exige de los estudiantes diagnósticos y "tratamiento", los estudiantes exigen "clases" y atención constante del profesor (dependencia). Los profesionales de las instituciones de salud desconocen la capacidad de los estudiantes por no haber estudiado como ellos lo hicieron, etc.

Esta situación ambivalente origina respuestas indeterminadas en los involucrados en el proceso. Lo anterior significa que en la realidad no existe un profesor ni un estudiante que reúnan todas las características que de ellos requiere un SEM, sino que éste constituye un proceso dialéctico que parte de las contradicciones existentes en la realidad, y que en la medida en que se identifiquen y estudien se ofrecerán opciones de educación transformadoras, ya que los obstáculos relatados se originan a causa de que el sistema de educación produce, por un lado, la fuerza de trabajo que la sociedad le reclama, y por otro, las relaciones sociales necesarias para su mantenimiento y supervivencia.

5. Conclusiones

A pesar de los obstáculos que se han presentado durante el desarrollo de los sistemas de enseñanza modular, éstos han abierto opciones para la formación de los profesionales en el área de la salud y para el establecimiento de nuevas formas de práctica profesional que contribuyan de una manera integral a la solución de la problemática de salud de la población.

- La relación profesor-alumno se caracteriza por ser más personal dado que se trabaja en equipo, en pequeños grupos y de manera multidisciplinaria, a pesar de no estar consolidada ni generalizada.
- El hidridismo que se manifiesta en los SEM tenderá a desaparecer en la medida en que se solucionen las contradicciones que se manifiestan en el nivel de hecho (realidad y propósito)
- Los resultados que se obtengan de estos proyectos de educación requieren de un programa de investigación evaluativa que deberá ser aplicado no sólo a los SEM, sino también a los sistemas de enseñanza tradicional, con el objeto de establecer los alcances que los resultados de ambas opciones representan.
- Toda conclusión siempre es relativa, ya que la dinámica de la sociedad en su devenir histórico imprimirá a la práctica educativa, nuevas modalidades que habrán de estudiarse.

Referencias

1. Acuerdo para la Coordinación de los Servicios de Salud Pública, en Salud Pública de México, época V, Vol. XXIII, Nø 5, septiembre-octubre 1981, publicado en el "Diario Oficial" el 25 de agosto de 1981.
2. Foucault, M. "Incorporación del hospital en la tecnología moderna." Educ. Med. y Salud. 12:20, 1978. Citado en Frenk, J. y cols. El mercado de trabajo médico: evolución histórica en México. Foro Universitario (2), enero, 1981.
3. Frenk, J. "Cuadro clínico de la enseñanza médica mexicana", en Nexos (1), enero, 1978.
4. Frenk, J., Hernández Llamas, H., Alvarez Klein, L. "El mercado de trabajo médico: evolución histórica en México." Foro Universitario (2), enero, 1981.
5. Frenk, J. y cols. "El mercado de trabajo evolución histórica en México" (continuación) en Foro Universitario (3), febrero, 1981.
6. García, G. "La educación como práctica social", en Revista de Ciencias de la Educación (8), agosto, 1972, Buenos Aires. El concepto de práctica educativa está apoyado en este documento, y en él se enfatizan algunos aspectos que nos parecen relevantes para los fines de este trabajo.
7. Kosik, Karel. Dialéctica de lo concreto, Ed. Grijalbo, México, 1976, Cap. I.

8. Laguna, J. y cols. "Plan de estudios experimental de medicina general (Plan A-36)", en Educación Medica y Salud, Vol. 8 (2), 1974.
9. Memorias del Primer Seminario Nacional sobre Enseñanza Modular, 13-15 septiembre de 1978, AMFEM-UNACH, Tuxtla, Gtz., Chis.
10. Mesa redonda sobre experiencias nacionales en enseñanza modular, realizada como parte de los trabajos de la unidad modular de planeamiento curricular, CLATES, 1978 (documento inédito).
11. Pansza, M. "Enseñanza modular", en Perfiles Educativos, No. 11, 1981. Recomendamos al lector la revisión del artículo ya que nosotros hacemos una referencia a los SEM y no caracterizamos cada una de las diferentes modalidades que éstos asumen.
12. Se pueden consultar Schaff, Adam. Historia y verdad. Ed. Grijalbo, México, 1981. Cap. I; Paulo Freire. Pedagogía del oprimido. Siglo XXI Eds. México, 1974. Edelstein, Gloria, Rodríguez, Azucena: "El método: factor definitorio y unificador de la instrumentación didáctica", en Revista Ciencias de la Educación. Buenos Aires, Año IV (12), sept., 1974.
13. Taller de revisión curricular del Programa de Medicina General Integral, Facultad de Medicina, UNAM, oct., 1981 (documento interno de trabajo).