

Los planes de estudio de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México y sus cambios en el siglo xx

Syllabuses at the National Autonomous
University of Mexico Faculty of Medicine
and their changes during the twentieth century.

Xóchitl Martínez Barbosa

Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México
xomaba@gmail.com

Jorge Zacarías-Prieto

Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México
jzachariae@terra.com.mx

Resumen

Los estudios profesionales de medicina en la Universidad Nacional Autónoma de México estuvieron sometidos a un proceso de revisión y de cambios durante el siglo xx, plasmados en las modificaciones a los planes de estudio de la Facultad de Medicina.

A través de la investigación de documentos del Archivo Histórico de la Facultad de Medicina de la UNAM, particularmente de los planes de estudio, en el presente artículo se destacan los más relevantes, lo que permitirá conocer el desarrollo de la enseñanza médica. De este modo podremos comprender los factores que influyeron de manera directa en los cambios curriculares, que dieron como resultado el Plan Único de Estudios de 1985.

El logro de estos cambios fue la Atención Primaria para la Salud y la formación de médicos generales capacitados para enfrentar los retos de una realidad nacional con muchas deficiencias en el ámbito de la salud.

Palabras clave: Facultad de Medicina, planes de estudio, educación médica, atención primaria en salud.

Abstract

Professional studies in Medicine at the National Autonomous University of Mexico were subjected to a process of review and change in the twentieth century, reflected in the amendments and reforms to the curricula of the Faculty of Medicine.

Through research of documents located in the Historical Archive of the Faculty of Medicine of the unam, particularly the curriculum, in this article we highlight the most relevant of these, revealing the development of medical education. This enables us to understand the various factors that directly influenced curriculum changes, resulting in the Single Curriculum of 1985.

It can be said that the major achievement of these changes was Primary Health Care and the training of qualified general practitioners with the ability to meet the challenges of a national context with many deficiencies in the field of health.

Keywords: Medical Faculty, Curriculum, Medical Education, Primary Health Care.

Introducción

Los planes de estudio de la carrera de Medicina en la actual Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se han modificado a lo largo del siglo xx de acuerdo con las necesidades de la enseñanza de la medicina en la institución, así como con los problemas de salud pública nacionales, con la idea de atender a todos los sectores de la población mexicana.

A través del análisis de los diversos planes de estudio conservados en el Archivo Histórico de la Facultad de Medicina (AHFM) podemos observar la evolución del proceso de formación de los futuros médicos, quienes tendrían la responsabilidad de implementar las políticas de salud nacionales.

No obstante que en el siglo xx se aplicaron diversos planes de estudio, únicamente algunos de ellos resaltan por su importancia, ya que constituyeron una especie de ejes paradigmáticos para la enseñanza y la práctica médicas. Por ello, en el presente artículo se estudian los planes a partir de 1902 y hasta 1985, conocido este último como Plan Único de Estudios de la Carre-

ra de Medicina, sin dejar de mencionar el Plan A-36 de estructura modular, formulado como plan de estudio "piloto". Para la delimitación de esta revisión historiográfica se han tomado como referentes los planes que estuvieron vigentes durante el siglo xx, desde los inicios de la centuria, hasta el último de ellos que corresponde al de 1985. Cabe señalar que en la actualidad se ha implementado el denominado Plan 2010, el cual se comenzó a impartir en dicho año; por tal motivo y dado que a la fecha no se ha evaluado su eficacia en su totalidad y tampoco ha egresado la primera generación, nos abocaremos solamente a estudiar el devenir de la enseñanza de la medicina basándonos en el análisis de los planes comprendidos entre 1902 y 1985, y dejaremos para otro momento las reformas a la enseñanza de la medicina en los primeros años del siglo xxi.

Los inicios del siglo xx

En 1902 se dio a conocer el nuevo Plan de Estudios de la Escuela Nacional de Medicina, considerado en su momento como el Plan de Estudios por excelencia para el nuevo siglo, el cual fue resultado del trabajo de una comisión *ad hoc* encargada para tal fin durante la última década del siglo xix que estuvo integrada por los profesores Manuel Carmona y Valle (1831-1902), Eduardo Liceaga (1839-1920), Porfirio Parra (1854-1912) y José Terrés (1864-1924). Sin embargo, no dejó de tener algunas deficiencias, como la falta de tiempo asignado para la impartición de algunas cátedras, pues a pesar de haber sido concebido como un Plan de Estudios muy completo, el Dr. Enrique Herrera Moreno, en su estudio sobre *La Escuela de Medicina de México*, afirma: "es por lo que es malo, pues la universalidad del conocimiento adquirido en plazo breve, daña su solidez; pretender hacer omniscios en una escuela profesional [...] equivale a convertir el Instituto en una fábrica de medianía" (Herrera, 1925: 421-422).

Las materias impartidas se cursaban en seis años, distribuidas de la manera siguiente: seis en el primer año; seis para el segundo; cuatro en tercero; siete en cuarto; ocho en quinto y once en sexto, lo que suma un total de 42 asignaturas. Esto es significativo por la cantidad de materias que se aumentaron, ya que, desde 1886, se llevaban 23, aproximadamente, las cuales para el inicio del siglo xx se incrementaron en casi el doble. Con el Plan de Estudios de 1902, las materias clínicas se ampliaron considerablemente al incorporarse los denominados estudios de perfeccionamiento, que incluían Dermatología, Ginecología, Oftalmología, Pediatría y Psiquiatría, los que no tenían carácter de obligatorio y eran opcionales para aquellos médicos que deseaban especializarse en alguna de esas disciplinas (*Diario Oficial*, 1902: 1-6).

Durante la gestión del Dr. Eduardo Liceaga al frente de la Dirección de la Escuela Nacional de Medicina se instrumentó un nuevo Plan de Estudios, en 1906, que dio mayor importancia al estudio de la anatomía; para este año, las materias se redujeron a 32, cursadas a lo largo de cinco años. A partir de ese momento, el gobierno reconoció de manera oficial la formación en "especialidades de ciencias médicas", por lo que a partir de esa disposición se puede hablar correctamente de especialidades médicas (*Diario Oficial*, 1906: 676). Al mismo tiempo, con la incorporación de estas últimas se pretendió subsanar uno de los grandes defectos del Plan de 1902, que por querer abarcar muchas materias, poco se ahorraba en varias de ellas.

El Plan de Estudios de 1906 refería la importancia que tenía la formación continua del médico, así como su perfeccionamiento en dichas especialidades, para optar por algún cargo político o docente, según las expectativas del egresado. Por el valor que esto representaba, transcribimos el texto de referencia:

Art. 23. El Ejecutivo de la Unión preferirá, en igualdad de circunstancias, para el desempeño de los cargos públicos que requieran título de Médico Cirujano, y para el desempeño del puesto de profesores en la Escuela Nacional de Medicina, a los alumnos que hayan obtenido algún título de especialista en ciencias médicas, particularmente en caso de que hayan perfeccionado sus estudios en los países extranjeros y que durante dicho perfeccionamiento hayan demostrado sus adelantos, cada dos meses, a la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes (*Diario Oficial*, 1906: 677).

En otro contexto político nacional, durante la presidencia de Francisco I. Madero se publicó otro Plan de Estudios de los considerados relevantes para el propósito que nos ocupa, que fue promulgado en enero de 1912 durante la gestión del Dr. Fernando Zárraga (1861-1929) como director de la Escuela de Medicina. En él se organizaron nuevamente los estudios de la carrera en seis años.

Entre las novedades que destacaron en el Plan de 1912 estuvo la aplicación del internado médico, el cual se había gestado en las reformas de 1911 promovidas por el mismo Eduardo Liceaga (Lanz, 2005: 25). El internado se cursaba en el sexto año, que era el último año de estudios, y debía realizarse en algún hospital "para atender personalmente y bajo su responsabilidad los casos médicos, quirúrgicos y obstétricos que se le señalen".¹

Años más tarde, en el Plan de Estudios de 1915 hubo algunas innovaciones, tales como la introducción del estudio de la histología que se daría en el primer año, tres horas a la semana. Otro dato importante de resaltar fue que durante el quinto año de la carrera los alumnos debían cursar dos materias nuevas: clínica de pediatría médico-quirúrgica durante

¹ AHFM, FEMA, leg. 198, exp. 1, Plan de Estudios de la Escuela Nacional de Medicina, 1912.

cuatro horas y media a la semana, que incluía el estudio de los principales tipos de enfermedades infantiles, el cual principiaba con nociones de higiene, principalmente en lo relativo a la alimentación. Igualmente, se agregó la clase de fisioterapia que comprendía la electroterapia, radioterapia, hidroterapia y la terapéutica conformada por masajes, gimnasia y ejercicio. Este Plan de Estudios estuvo vigente hasta la década de 1920 cuando sufrió modificaciones considerables, entre 1924 y 1927. Sin embargo debemos recordar que en el lapso de 1910 a 1916, la inestabilidad política nacional repercutió en la administración de la Escuela de Medicina, lo que se vio reflejado en los cortos periodos de los directores de dicha institución, situación que dificultó la meditación y conformación de nuevos planes de estudios y de llevarlos a cabo (Ocaranza, 1934: 187).

Modificaciones curriculares en la década de 1920

El Plan de Estudios de 1924 entró en vigor en el periodo del Dr. Manuel Gea González como director de la Escuela (1923-1925), y se caracterizó por respetar la tradición heredada del siglo XIX.²

Si bien el predominio en el número de materias se inclinaba hacia la parte clínica, se insistió en el modelo anatómico como persistencia del pensamiento anatomopatológico, que fue uno de los elementos fundamentales en la constitución de la medicina científica del siglo XIX. Una crítica que se hizo a este respecto fue la consideración errónea de suponer que si el alumno aprobaba el primer año de anatomía descriptiva podría considerársele ya como un buen médico.

En este caso, el Plan de Estudios estuvo conformado por 51 materias, divididas en tres categorías: teóricas, teórico-prácticas y clínicas. Este Plan puede calificarse fundamentalmente de orientación biologicista, ya que lo psicológico estaba implícito en el estudio de las enfermedades mentales, al igual que la deontología. A saber, en el deber ser de la profesión del médico ya estaba el estudio de las enfermedades mentales.

En ese momento no existe mención específica a contenidos de orden social o de humanidades, cuestiones que en aquella época no tenían prioridad para la formación profesional de los recursos humanos en salud, aspectos que serían incorporadas a los programas de estudio hasta mediados del siglo XX.

Por su parte, en dicho Plan de 1924, los temas ecológicos estuvieron implícitos en la higiene según lo postulado por el profesor de la Escuela Nacional de Medicina, Luis E. Ruiz, en su libro *Tratado Elemental de Higiene* (1904). En él propone considerar una serie de ele-

² AHFM, FFM, SG, caja 127, exp. 2, Plan de Estudios, 1924.

mentos como parte de la “higiene preventiva”, como las consideraciones geográficas sobre el suelo, el aire y el agua; las propiedades físicas como temperatura, biológicas, climatológicas y la vinculación de estos aspectos con las enfermedades más frecuentes entre la población tanto urbana como rural (Ruiz, 1904).

Más adelante, en 1925, el Dr. Fernando Ocaranza dio a conocer un Plan de Estudios intermedio formado por 37 materias acordes con su manera de pensar, basado en lo que denominó pensamiento fisiológico, que consistía “en apartar los estudios médicos de cualquier clase de empirismos y sujetarlos estrictamente a un criterio científico, de acuerdo con el que rige y ha regido desde Claudio Bernard” (Ocaranza, 1934: 199-200). Vale la pena mencionar que esta cuestión se venía manejando desde tiempo atrás durante su periodo como secretario general de la Escuela, tendencia que se trató de implantar antes de los años veinte por un reducido grupo de profesores, entre los que se encontraban: Manuel Gea González, Gastón Melo, Francisco de P. Miranda y los alumnos Raoul Fournier y Luis Augusto Méndez. “En realidad habría sido muy extraño que siendo él director, los estudios se hubiesen seguido llevando a cabo con el Plan de 1924.”³ Cabe mencionar que el Dr. Ocaranza conocía muy bien la Escuela de Medicina, pues, como mencionamos, había sido secretario general y profesor de fisiología durante muchos años, lo que le daba una clara idea de la necesidad de un cambio en la orientación y ejecución de los estudios en la carrera de medicina.

Una de las innovaciones en el Plan de Estudios de Fernando Ocaranza fue la creación de la materia de embriología, que se desprendió del tronco de la anatomía microscópica e histología, la cual era una asignatura teórica al igual que la biología y la fisiología general. En cuanto al estudio de la anatomía descriptiva, se redujo de dos a un año; y en el caso de la fisiología, los cursos aumentaron de dos a tres años con la innovación de la fisiología patológica que se enseñaba en el tercer año. En este mismo sentido podemos señalar que en el quinto año de la carrera se creó el curso de Técnica de Operaciones en el que se comenzaron a practicar vivisecciones en perros, sustituyendo de esta manera el curso de Prácticas de Operaciones en el Cadáver. Finalmente, en estos cambios curriculares dejarían de incluirse los estudios relativos a las enfermedades mentales y a la deontología dentro del curso de medicina legal.

En 1927 se dio a conocer una versión modificada del Plan de Estudios que incorporó en el internado las clínicas de oftalmología, dermatología y terapéutica pre- y posoperatoria para, de esta manera, sumar siete clínicas conforme a la reforma promovida por el Dr. José Manuel Puig Casauranc, en su carácter de secretario de Educación Pública del presidente Plutarco Elías Calles. Cabe recordar que en ese entonces la Universidad no había alcanzado

³ AHFM, FFM, SC, caja 127, exp. 2, f. 23, Plan de Estudios, 1924.

aún su autonomía, por lo que dependía directamente de las disposiciones del gobierno federal; en este caso, de la Secretaría de Educación Pública (Ocaranza, 1934: 201).

Ante la urgencia de cambios curriculares: 1934-1942

El Plan de Estudios formulado por el Dr. Ignacio Chávez fue implementado con rapidez al año siguiente del inicio de su gestión como director, en 1934; su entrada en vigor coincidió con la realización de obras materiales en la Facultad de Medicina. En dicho Plan se abrieron cátedras que ya se impartían en universidades de otros países, en las cuales se daba cabida a la intensificación del trabajo de los alumnos en hospitales y laboratorios ofreciéndoles los elementos necesarios para una formación más práctica que les ayudaría en el desempeño de sus actividades profesionales. Como parte de la modificación curricular se previó la disminución, en lo que para Chávez era una exagerada carga de los estudios anatómicos, así como una reducción de las lecciones teóricas de patología y un aumento en las clínicas. Por su parte, se incrementaron las disciplinas biológicas de base, "incluyendo una nueva asignatura, la de farmacología" (Chávez, 1947: 118).

Las adecuaciones al Plan de Estudios pudieron darse gracias a las modificaciones materiales realizadas en la Escuela de Medicina por el propio Ignacio Chávez, ya que de esta manera hubo las condiciones propicias para la implantación de los cambios curriculares. Ejemplo de ello fue la construcción de nuevos anfiteatros y laboratorios para las materias básicas; lo mismo ocurrió con las materias clínicas para las cuales se echó mano de los hospitales, principalmente del Hospital General de México así como del Hospital Juárez, entre otros.

Este Plan estuvo concebido para el médico de las ciudades, donde por lo regular existen condiciones más favorables para el ejercicio profesional; contrastaba con el Plan de Estudios anterior de 1925, instrumentado por Fernando Ocaranza, en el que los egresados adquirían pocas nociones de las especialidades, pero en cambio salían preparados para atender problemas de salud en cualquier situación, sobre todo las del ámbito rural, sin dejar de resolver las dificultades que presentaban las grandes ciudades en términos de demanda de atención médica, donde además se contaba con los recursos diagnósticos necesarios.⁴ Esto hace pensar que la tendencia de la enseñanza de la medicina se inclinaba hacia la tecnificación de la práctica médica.

La ejecución del Plan formulado por Ignacio Chávez se enfrentó con algunos inconvenientes, tales como el retraso en la inauguración de los cursos, la falta de instalaciones de laboratorios y aulas que no fueron terminadas oportunamente ya que, como ya lo señalamos,

⁴ AHFM, Colección Planes de Estudio, núm. 2, fs. 32-33, Plan de Estudios 1934.

en esa época se llevó a cabo una de las grandes reformas a las instalaciones de la Escuela de Medicina, situada entonces en el actual Palacio de Medicina. A lo anterior se agregaron irregularidades de segundo orden, como la inasistencia de profesores, el exceso en la matrícula estudiantil y el retraso en el pago de colegiaturas, entre otras.

Más adelante, durante la segunda gestión de Fernando Ocaranza en la dirección de la Escuela de Medicina (1934), por acuerdo del rector Manuel Gómez Morín, se pidió información sobre las condiciones de la institución; para ello se organizaron Juntas de Profesores y de Alumnos para obtener el consenso de sus opiniones y emprender así las modificaciones pertinentes al Plan de Estudios.

Un hito de la enseñanza médica en México fue la incorporación, en 1936, del Servicio Social, que los alumnos debían realizar al finalizar el sexto año de la carrera, e iniciar en noviembre, con una duración de cinco meses. Esto se debió a la iniciativa y persistencia del entonces director de la Escuela, el Dr. Gustavo Baz Prada (1894–1987), quien con estas acciones promovió la socialización de la medicina mexicana mediante la práctica de los conocimientos adquiridos en las aulas y los hospitales.

Otras acciones que reforzaron el ideal de Gustavo Baz sucedieron durante la gestión del Dr. José Aguilar Álvarez, director de la Escuela de Medicina en el periodo de 1938 a 1942. A través de solicitudes del Departamento de Salubridad Pública, entre otras dependencias gubernamentales, los alumnos del cuarto año de la carrera de medicina realizaban labor social al llevar campañas de educación higiénica y de medicina preventiva a los centros obreros y campesinos, o bien donde fueran designados en la capital, así como a lugares cercanos, sin perjuicio de sus estudios.⁵

Del cambio físico al cambio de Plan de Estudios

La Escuela Nacional de Medicina que había ocupado el edificio de la antigua Inquisición ubicado en la Plaza de Santo Domingo, por un lapso de 102 años, cierra sus puertas el 17 de marzo de 1956 para trasladarse a las nuevas y modernas instalaciones en Ciudad Universitaria. Con este motivo, en un acto solemne presidido por Ignacio Morones Prieto, Efrén Carlos del Pozo, Ignacio Chávez, Fernando Ocaranza, Rosendo Amor, Fernando Quiroz y don Raoul Fournier se reunieron profesores, alumnos y empleados en el patio principal para despedir el viejo recinto (Gasca, 2008: 62).

Durante la década de 1940 y hasta mediados de la década de 1950, los planes de estudio no fueron modificados de manera significativa, sino hasta la gestión del Dr. Raoul Foru-

⁵ AHFM, Colección de Planes de Estudio, núm. 3, f. 5, Plan de Estudios de 1940.

nier Villada, quien desde la dirección empezó a instrumentar cambios curriculares. En ellos incorporó una visión de corte humanista y social, en la que destacan la psicología y la historia; en suma, la dimensión social del hombre enfermo (Viesca, 2011: 132-136).

Entre las preocupaciones expresadas por el Dr. Fournier para mejorar la enseñanza y el porvenir de las especialidades médicas, solicitó a los miembros del Consejo Técnico de la Escuela de Medicina que emitieran sus opiniones e impresiones sobre el tema de cómo debería enseñarse a los futuros médicos generales, tras tomar en cuenta las adecuaciones que se venían haciendo desde hacía tiempo a los planes de estudio. Esta fue una discusión que posteriormente sería retomada para dar como resultado la estructuración de las especialidades médicas, que se consolidarían años más tarde.⁶

El Programa Experimental, iniciado en 1956-1957, fue derivado del estudio del programa previo que adolecía de ciertas deficiencias: distribución de tiempos de los contenidos del programa; carencias en la formación científica del alumno; defectuosa comunicación entre el alumno y el docente; poca relación entre las materias básicas y las clínicas; baja calidad en la práctica clínica; poca integración en los estudios clínicos, de diagnóstico y tratamiento; tendencias a considerar la importancia del estudio de enfermedades poco frecuentes, dejando en segundo término las más comunes entre la población mexicana; deficiencias en las técnicas de enseñanza.

Por lo antes expuesto, los objetivos planteados en el denominado Programa B del Plan Experimental en la Carrera de Médico Cirujano estuvieron encaminados a mejorar la distribución del tiempo asignado a los temas de estudio, así como aumentar la interrelación de las asignaturas, al establecer, por un lado, la relación recíproca de las materias básicas con las clínicas y, por el otro, la de la teoría con la práctica, para dar oportunidad de presentar un panorama integral frente al enfermo que correlacionara la clínica con los estudios de gabinete y laboratorio. Asimismo, se puso énfasis en procurar una tendencia simplista en la enseñanza, sin preferencia por la especialización, y sin buscar la erudición en la capacitación del alumno para su actuación como médico general en la comunidad donde ejerciera, al reforzar los conocimientos quirúrgicos y obstétricos que los alumnos debieran conocer; por lo anterior se trataron de eliminar las amplias consideraciones respecto de las enfermedades raras o exóticas para atender preferentemente el estudio de las enfermedades más frecuentes, en especial los aspectos de la sociología médica y de la medicina preventiva frente a padecimientos de mayor morbilidad y mortalidad.

Lo anterior se lograría mejorando la relación docente-alumno, además de reducir la enseñanza teórica a los fundamentos indispensables, acudiendo a recursos audiovisuales y bibliográficos, promoviendo la organización de seminarios con el fin de sumar el aspecto

⁶ AHFM, FFM, SG, caja 127, exp. 3, f.25, Datos para la sesión del Consejo Técnico de la Escuela Nacional de Medicina, 11 de mayo de 1956.

humano y el profesional del estudiante e incorporándolo al trabajo de hospital en todas las modalidades, tales como consulta externa, visita a enfermos encamados, prácticas de laboratorio e intervenciones quirúrgicas y obstétricas, entre otras, todo ello con la supervisión de profesores e instructores.

Respecto de los profesores, estos debían ser preferentemente egresados de la Universidad Nacional y tener la disciplina para seguir con las normas de enseñanza establecidas. En cuanto a los médicos de hospital, se estableció que deberían tener en su servicio todas las facilidades para la enseñanza.

Por su parte, los alumnos estaban obligados a aportar 20 pesos por bimestre y se determinó que no se formaran grupos mayores de 30 estudiantes, salvo para los ciclos básicos donde los grupos podían ser hasta de 150, estableciendo la organización en subgrupos para un mejor aprendizaje.

Para cumplir con estos objetivos se planteó la carrera en seis años: los tres primeros para los ciclos básicos y los otros tres para los ciclos clínicos.

Con el fin de llevar a cabo dichas modificaciones, el director tuvo la visión de organizar la Escuela, denominada Facultad a partir de 1960, en Departamentos, consagrados unos a las aéreas básicas, otros a las clínicas, y a la innovación fueron los dedicados al estudio de las humanidades en medicina, como el caso de la formación del Departamento de Historia de la Medicina, el de Psicología Médica y el de Sociología Médica y Medicina Preventiva, este último creado a instancias del Dr. Miguel E. Bustamante con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, donde se coordinó la enseñanza y la investigación en materia de prevención de la salud.

Cabe resaltar que los organismos internacionales en esta época insistieron en la creación de un sistema de educación médica que entendiera los aspectos urbanos y rurales, y permitiera la formación de médicos humanistas que comprendieran al enfermo como producto de una cultura determinada para tener una mejor relación médico-paciente (Soriano, 2015: 35-36).

En 1960 se retomó lo mejor de los planes anteriores que ya habían sido probados tanto en los cursos básicos como en los clínicos; además de haberse implementado el humanismo médico, se mantuvo vigente el año de internado y el semestre de servicio social (Viesca, 2011: 134). Un dato importante que resaltar en esta época fue que en la sesión del 21 de abril de 1960, el Consejo Universitario aprobó dicho Plan de Estudios, así como la conversión de la Escuela Nacional de Medicina en Facultad de Medicina.

Planes de estudio en la década de 1960

En 1964, durante la gestión del Dr. Donato G. Alarcón Martínez, se manifestó el propósito de las reformas al Plan de Estudios de la carrera de médico cirujano que se venía aplicando desde 1960. Expresaba que el deber de la Facultad y de su persona como director era mantener una actitud de constante reflexión y revisión de los métodos de enseñanza para desterrar aquellos observados como ineficaces, incompletos o inadecuados, siempre y cuando las posibilidades en los aspectos económicos así lo permitieran.

El Dr. Alarcón tenía una clara idea de que las modificaciones a los planes de estudio debían ser graduales para no afectar a los estudiantes en proceso de formación profesional; el cambio debía ser progresivo pero con propósito tenaz.

Algunas modificaciones resultaban necesarias, pero para ello había que contar con recursos económicos indispensables para ponerse a la altura de las mejores facultades del mundo. Al mismo tiempo, el reto consistió también en ofrecer educación médica gratuita a un grupo desmesurado de estudiantes, debido a que la matrícula había crecido exponencialmente.

El cambio del Plan de Estudios dedicaría el último año a la enseñanza de las clínicas en los hospitales, y quedaban cinco años de estudios teórico-prácticos.

Una de las críticas que hizo el director fue en relación con la incorporación excesiva del estudio de la psicología en la carrera de medicina, por lo que propuso que los estudios psicológicos médicos se limitaran al primer año de estudios; la Psicología Médica en tercero y Psiquiatría en quinto, enfocado a la formación de médicos generales.

La orientación de la filosofía de la enseñanza con la tendencia a la unión de los conceptos básicos con los clínicos y humanísticos fue lo que se estableció en este nuevo Plan de Estudios de 1964. Entre los cambios planteados resaltó la reducción o ampliación, según el caso, en la extensión de los programas de algunas materias, modificaciones que no constituyeron cambios radicales al referido Plan de Estudios pero que tendrían gran trascendencia, debiendo ser aprobados por el Consejo Técnico de la Facultad de Medicina.

Este Plan se enfrentó con la diversidad en la calidad y organización hospitalaria, que poco favorecían la enseñanza de generaciones tan grandes como las que se presentaron a inicios de la década de 1960, y por esta causa se recurrió a la improvisación de profesores dadas las necesidades docentes.

Resultaba ineludible regularizar las normas de la enseñanza para uniformar los métodos didácticos empleados entre los profesores; para ello se sugirieron cursos y seminarios que se llevaron a cabo sobre todo entre los profesores de clínicas y nosologías para obtener también su colaboración en la formación de programas de estudio y calendarios escolares.

Cabe señalar que una de las inquietudes del Dr. Alarcón para la modificación de la enseñanza fue la reorganización de los hospitales, particularmente por la necesidad de organizar y construir un Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina, cuya iniciativa no prosperó.⁷

Finalmente, la propuesta sobre el número de horas que expresaban las autoridades consistió en la reducción de 487 a 272 distribuidas en cinco años de estudios, al igual que en el Plan de 1960.

A tres años de la aplicación de los ajustes que constituyeron el Plan 1964 se llevó a cabo la revisión curricular que dio lugar al Plan de Estudios de 1967, modernizando la enseñanza de acuerdo con los avances de la ciencia médica; por su actualidad, dicho plan estuvo vigente durante 18 años sin sufrir grandes modificaciones. Fue el resultado de más de doce meses de trabajo en el que intervinieron autoridades y expertos para, entre otras cosas, analizar los planes de estudio de diversas instituciones educativas, evitando que las discusiones, como señala Humberto Gasca, cayeran en la idealización de sugerencias para adoptar los modelos de las escuelas y facultades del extranjero, sin tomar en cuenta la particularidad del contexto mexicano. El anteproyecto que se desarrolló fue sometido a la comunidad de estudiantes y profesores de la Facultad de Medicina con el fin de que emitieran sus opiniones al respecto.

Es preciso decir que el Plan de Estudios de 1967 ha sido uno de los planes al que mayor referencia se hace, ya que fue considerado como innovador y respondió a los planteamientos de la Universidad en el sentido de que en su época era importante incidir en el desarrollo del país a través de la mejora del nivel de la salud de la población; se destacó así a la medicina como una profesión fundamental, se puso énfasis en ampliar el campo de ejercicio de la medicina y, por ende, de la enseñanza, de manera que se cubrieran aspectos de índole preventivo y sanitario para vincularlos con las tareas propias de la docencia e investigación en las diversas áreas de la salud.

Finalmente, el Plan de Estudios fue aprobado por el Consejo Universitario en sesión del 30 de noviembre de 1967, el cual, entre otras cosas, haría posible solucionar el problema de la excesiva población estudiantil (Gasca, 2008: 202-204 y 217).

Los objetivos generales del Plan de Estudios subrayaban que los alumnos debían conocer los problemas y recursos que les permitieran actuar en lo relativo a la salud pública y la medicina preventiva. Igualmente, las materias que lo integraban fueron seleccionadas para formar médicos generales y no especialistas, tendencia que se había manifestado desde la elaboración de los planes de estudio anteriores.

El Plan de Estudios de 1967 tuvo como finalidad responder a las demandas y requerimientos de salud que reclamaba la población nacional, por lo cual la enseñanza debía ser

⁷ AHFM, FFM, SG, caja 127, exp. 3, fs. 76-80, Consideraciones sobre el Plan de Estudios de la Carrera de Médico Cirujano, s.f.

congruente con la realidad social. Además coincidió con las disposiciones que se estaban tomando internacionalmente por instituciones como la Organización Mundial de la Salud.

Por otra parte, para la adecuación de los programas de las materias previstas en el Plan de 1967 se partió de los inconvenientes observados en la estructura del plan anterior, que era heterogéneo, tanto en lo que tocaba a los contenidos como en cuanto a los objetivos, la obligatoriedad, materias antecedentes y consecuentes, y mecanismos de evaluación, entre otros aspectos.

Un estudio minucioso indicó que solamente 30% de los egresados de la carrera de medicina mostraban coherencia con lo que se hacía en el ejercicio profesional y los propios objetivos de la carrera; es decir, "se encontró un grado muy variable de congruencia entre los objetivos de cada materia y los objetivos terminales de la carrera".⁸ Al mismo tiempo, para conseguir la homogeneización de los programas de las materias se aplicó una encuesta en la Facultad de Medicina, y resultó que solamente un poco más de dos tercios de los docentes aseveraron conocerlos; otros aceptaron no guiarse por ellos, y "solo menos de la mitad de los profesores aseguró que se había cubierto el contenido de los programas".⁹ Por su parte, los alumnos confirmaron lo anterior, después de que a ellos se les aplicara una encuesta similar a la de los docentes.

Esto reflejó que no existía una idea clara del proceso enseñanza-aprendizaje en su relación con la práctica profesional, aspecto que se valoró posteriormente y dio como resultado el Perfil Académico Profesional del Egresado en el Plan de Estudios de 1985.

Un Plan de Estudios Experimental

El Plan de Estudios Experimental de Medicina General Integral, conocido como Plan A-36 (1974), respondió a la necesidad ampliamente difundida en la época de superar la disparidad que había entre los egresados de las escuelas de medicina y las necesidades de salud de la población, para contrarrestar la tendencia a la especialización médica que se observaba en las instituciones de enseñanza, cuando en realidad lo que la sociedad demandaba eran las habilidades de un médico general.

La excesiva población estudiantil de la Facultad de Medicina no permitía realizar grandes cambios curriculares, por lo que se pensó en plantear soluciones en pequeña escala, con una parte de dicha población, lo que derivó en el planteamiento de un plan piloto de la enseñanza de la Medicina General Integral que serviría para que los egresados tuvieran la capacidad

⁸ AHFM, SG, caja 127, exp. 12, f. 6, Nuevo Plan de Estudios de la Carrera de Médico Cirujano..., s.f.

⁹ AHFM, SG, caja 127, exp. 12, f. 7, Nuevo Plan de Estudios de la Carrera de Médico Cirujano..., s.f.

de actuar como médicos generales en el nivel de la atención primaria de la salud y la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

Para llevar a efecto esta propuesta se generaron "varias experiencias innovadoras, entre ellas el plan piloto experimental del doctor Carlos Biro, en 1971, de la Facultad de Medicina de la UNAM, El Plan Piloto 'Guadalupe' en Monterrey, Nuevo León, el Plan A-36 de la Facultad de Medicina de la UNAM en 1974, el proyecto UAM-Xochimilco y las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales de la UNAM (Zaragoza e Iztacala)" (García y Morales, 1993: 6).

El plan piloto propuesto por el doctor Carlos Biro, que pretendía vincular a los estudiantes de medicina con la comunidad, se puso en práctica desde marzo de 1972 hasta diciembre de 1973 en Ciudad Netzahualcóyotl, una zona marginada del área conurbada del Distrito Federal, con un grupo formado por 36 alumnos seleccionados según sus actitudes hacia el trabajo en equipo y de servicio a la comunidad. A pesar de que este programa tuvo resultados satisfactorios fue modificado y reelaborado por las autoridades en turno; se formó un equipo encabezado por el Dr. José Laguna, director de la Facultad de Medicina, y el Dr. José M. Álvarez Manilla, secretario de Enseñanza, entre otros, y surgió, en 1974, el Plan de Estudios A-36 (García y Morales, 1993: 8).

En su etapa de planeación, el Plan A-36 debía conjuntar criterios sociales y pedagógicos: objetivos de aprendizaje precisos que fueran congruentes con la realidad y con la enseñanza; armonizar los medios con los fines, llevar la enseñanza a situaciones reales que el alumno debería aprender a resolver en cada etapa de sus estudios; evitar la división arbitraria entre la teoría y la práctica, para llevarlo a un esquema de acción; cambiar hacia una metodología activa a fin de que el estudiante realizara por sí mismo actividades de aprendizaje y de investigación. Este proyecto experimental permitiría implantar un sistema educativo que, una vez probado y evaluado, sería aplicado en toda la población estudiantil de la Facultad.

Es importante mencionar que este programa alterno pasó, del debate y la teoría, a la práctica de la educación médica moderna, con los conceptos integradores de disciplinas alrededor de un laboratorio multidisciplinario y del modelo de la medicina comunitaria (Gasca, 2004: 4).

El 14 de febrero de 1974 se puso a consideración del Consejo Técnico de la Facultad de Medicina la propuesta del Proyecto del Plan de Estudios Experimental de Medicina General Integral A-36. Para su estudio se formó un grupo integrado por los doctores Rubén Vasconcelos, Trifón de la Sierra, Carlos Biro, José Manuel Álvarez Manilla, Miguel Ángel Bedolla González y Humberto Gasca González, entre otros.

Este Plan Experimental, también conocido como Plan A-36, estuvo integrado por grupos de 36 alumnos y orientado por una serie de criterios para su desarrollo que fueron difundidos en el volumen 8 de la revista *Educación Médica y Salud* de 1974, según apunta el Dr. Humberto Gasca en su *Crónica de la Facultad de Medicina*.

El aspecto primordial fue que los médicos se formarían con la idea de practicar la medicina general; no se establecía un periodo determinado para el internado de pregrado, ya que éste se cubría durante los estudios de cada nivel; se debían coordinar los enfoques social y biológico del proceso salud-enfermedad; se constituía la organización didáctica multidisciplinaria en módulos organizados por materias afines; se dispondría de unidades docentes cercanas a algún centro de salud y, al mismo tiempo, se retomarían las sesiones de discusión entre los alumnos y sus tutores en seminarios, sesiones bibliográficas, trabajo en la comunidad, investigación sociomédica y evaluaciones.

En general, la prioridad para el desarrollo de las capacidades de los médicos generales implicaba que el estudiante debía ubicarse en aquellos sitios adecuados para el contacto primario de la salud, no en los servicios hospitalarios donde solían predominar casos difíciles, complicados o raros (Gasca, 2004: 36-37). La estructura del Plan de Estudios se pensó en tres niveles cursados en un total de cinco años, incluido el servicio social:

Los ejes de articulación de los contenidos comprendían en el 1er año, el crecimiento y desarrollo humano desde la concepción hasta la adolescencia y su relación con el medio; en 2º año, los aparatos y sistemas del cuerpo humano en relación a su constitución y función, y el estudio de la propedéutica y semiología de cada uno de ellos; en 3er. año, la patología más frecuente de cada aparato y sistema, y en 4º año su patología a nivel hospitalario. Todos los módulos debían estar integrados multidisciplinariamente en seis áreas de contenido (García y Morales, 1993: 9-10).

Finalmente, el Plan A-36 fue aprobado por el Consejo Universitario en mayo de 1974; para su ejecución se conformó un convenio con la Secretaría de Salubridad y Asistencia que garantizaría la protección a los alumnos incorporados al plan propuesto, y facilitaría los espacios e insumos durante los dos primeros años de estudios.¹⁰

Este Plan, que en principio fue experimental, al ser evaluado se llegó a la conclusión de que en tanto que no se pudiera ampliar a toda la población estudiantil debería servir como pauta para modificar el plan de estudios tradicional (Gasca, 2004: 89). La innovación de este plan experimental fue que en él se plasmaron las ideas propuestas por los organismos internacionales que insistían en la atención primaria para la salud y la formación de médicos generales con una visión multidisciplinaria que les permitiera enfrentar los retos de una realidad nacional con muchas deficiencias en el ámbito de la salud.

¹⁰ AHFM, FFM, SG, caja 128, exp. 1, Proyecto del Plan de Estudios Experimental..., 1974.

Plan Único de Estudios, 1985

Como parte del proceso de revisión de los planes de estudio de la Facultad de Medicina, en junio de 1983 se inició la evaluación del Plan de Estudios 1967 que desembocó en la subsecuente elaboración del Plan de 1985, cuyo proyecto fue presentado en el Consejo Técnico el 5 de septiembre de 1985 y aprobado por el Consejo Universitario el 27 de ese mismo mes. Finalmente este Plan de Estudios se implementó a partir de enero de 1986.

En 1983 se estableció, en la Facultad de Medicina, el Departamento de Docencia que fortalecería los programas de formación docente y, al año siguiente, se puso en marcha el Programa de Orientación Vocacional en pro de una mejor selección de capacidades en el estudiante. Esto ayudó a preparar el terreno para las modificaciones al Plan de Estudios a fin de insistir en que el egresado respondiera a las "necesidades médico-sociales del país, que incorpora realmente la docencia, el servicio y la investigación, así como conjuntar la instrucción científico-tecnológica con los aspectos formativos ético-humanísticos"¹¹ Uno de los aspectos primordiales considerados para la elaboración del que en ese momento se planteó como el plan de estudios de vanguardia para la enseñanza en la Facultad de Medicina de la UNAM fue la incorporación del Perfil Académico Profesional del egresado de la Facultad, el cual se conformó a través de un instrumento de trabajo que circuló entre los profesores para recabar sus opiniones al proyecto de perfil. El resultado de esa auscultación fue la siguiente: el perfil consideró las actividades personales, humanísticas y éticas del estudiante; la formación intelectual en el campo de conocimiento específico; la investigación y la práctica científica que integran el saber del egresado, y el desempeño idóneo de las actividades y tareas propias de la profesión que constituyen el quehacer del médico cirujano en el ámbito social y nacional.

Para desarrollar el proyecto de Perfil se consideraron e integraron los elementos humanísticos y éticos específicos de la práctica médica, el concepto que se tenía en la década de 1980 sobre el proceso salud-enfermedad, los avances de la tecnología médica, los aportes de la metodología y de la investigación científica, el concepto y funciones de la medicina en esa época, las condiciones de salud en el país, la organización de la atención médica así como el ejercicio profesional privado e institucional.

En suma, el perfil profesional se centró en formar al egresado para que tuviera la capacidad de practicar la medicina científica con una vocación de servicio; destacan algunos postulados, como el mantener una actitud de autocrítica y superación constante para analizar la información actualizada; desarrollar habilidades clínicas; dominar técnicas epidemiológicas de diagnóstico en el proceso salud-enfermedad y participar en los sistemas de

¹¹ De Fernando Cano Valle, citado por: Gasca González (2004), *Crónica de la Facultad de Medicina*, Tomo II, 1971-1991, Facultad de Medicina, UNAM, México, p. 365.

vigilancia epidemiológica, promover la salud y evitar la enfermedad individual y colectiva; tener consciencia de transmitir los fundamentos de la profesión a las nuevas generaciones. Un aspecto relevante fue que el egresado debería tener la capacidad de formar, dirigir y controlar equipos de salud y de participar en ellos, así como aplicar a su práctica profesional las normas éticas y legales para la toma de decisiones.

Al mismo tiempo se definieron las actividades profesionales que al egresado le correspondería ejercer, tales como el diagnóstico de salud del individuo, de la familia y la sociedad desde la etapa prenatal hasta la senectud; implementar acciones para la promoción de la salud; realizar el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno en los padecimientos más comunes en el país, así como la rehabilitación en ciertos casos de enfermedades que requirieran un apoyo más especializado.¹²

En lo que toca a las actitudes y habilidades, congruentemente con lo establecido en el perfil, se destacaron las siguientes: el desarrollar interrogatorio y exploración física con base en la metodología científica; solicitar, ejecutar e interpretar análisis de laboratorio o estudios de gabinete tanto básicos como poco frecuentes; el manejo de instrumental para exploración física; la prescripción y realización de ciertos tratamientos; el actuar ética y legalmente de manera humanista; planear, ejecutar y evaluar las investigaciones científico-médicas, y finalmente llevar a cabo estudios de comunidad con un enfoque preventivo y administrativo de servicios de primer nivel en atención a la salud.

Para lograr lo anterior, el primer paso fue la constitución de la que se consideró "macroestructura" del Plan de Estudios de 1985, es decir la integración de las materias en las áreas morfológicas, fisiológicas, psicológicas, ambiental y salud pública, y clínica, con unos seminarios de integración y prácticas de comunidad. Esta agrupación de disciplinas afines se concebía como el método que explicaba el fenómeno salud-enfermedad en toda su complejidad.

La implantación del nuevo Plan de Estudios se estructuró en seis áreas, y debía cubrirse en cinco años, además de un año de servicio social. En el primero y segundo años de la carrera se impartiría la enseñanza básica en las instalaciones propias de la Facultad de Medicina, con asignaturas teórico-prácticas que proporcionarían al alumno las habilidades necesarias para la comprensión del proceso salud-enfermedad, así como la adquisición de elementos teóricos para percibir el campo dinámico de la relación médico-paciente.

En los tercero, cuarto y quinto años se llevaba a cabo la enseñanza clínica en unidades de atención del sector salud, donde el alumno cursaría asignaturas para adquirir los conocimientos sobre patologías que encontrará en su desempeño profesional; las habilidades para la integración, comprensión e identificación de cuadros clínicos con un enfoque epidemiológico y los criterios de prevención, así como habilidades necesarias para el tratamiento médico-quirúrgico y la rehabilitación.

¹² AHFM, FFM, SG, caja 127, exp. 12, fs. 12-13, Nuevo Plan de Estudios de la Carrera de Médico Cirujano., s.f.

Además, se reforzó la impartición de "la Historia y la Filosofía de la Medicina que proporcionarían los conceptos sobre la evolución de la medicina en su devenir histórico, así como el profundizar en la conceptualización filosófica, para entender el momento actual de su práctica médica y sus perspectivas",¹³ y de esta manera imbuirse en el humanismo médico y la medicina social en el ámbito nacional.

Durante el último año de la carrera, en el servicio social el alumno tendría la oportunidad de confrontar los conocimientos, destrezas y actitudes adquiridos en los años previos de formación, con los problemas de salud que presentan las poblaciones rurales y marginadas del país. De esta manera, la Facultad tendría la capacidad para analizar, evaluar y actualizar los planes de estudio.

Únicamente resta mencionar que este Plan de Estudios promovió la formación de grupos de aprendizaje activos para discusión de casos clínicos, que permitirían al educando desarrollar un pensamiento analítico para la resolución de problemas, al combinar la teoría con la práctica.

Para reforzar lo anterior se diseñaron las prácticas de comunidad como instrumento de integración de conocimientos clínicos, sociales, básicos y psicológicos. Las prácticas de campo fueron indispensables en el proceso de formación del médico por el contacto del alumno con la comunidad, ya que de ese modo se contribuiría a una de las metas más importantes del área de la salud que es el hacer más justa la distribución de médicos en el país. A su vez, dichas prácticas despertarían en el alumno el interés por la investigación clínica o sociomédica para la resolución de problemas de salud prioritarios, así como promover y mantener la salud del individuo y de la familia en sociedad.

Finalmente, cabe señalar que en virtud del desarrollo vertiginoso que las ciencias médicas y la tecnología han tenido desde las últimas décadas del siglo xx, con el paso de los años este Plan de Estudios tuvo que actualizarse para responder a las necesidades de la demanda de atención en las instituciones de salud, basándose en los avances de la medicina en el ámbito global. Tomando eso en cuenta, las autoridades de la Facultad de Medicina, con el apoyo de las instancias universitarias, promovieron un nuevo plan de estudios fundamentado en las siguientes competencias: pensamiento crítico; aprendizaje autorregulado; comunicación efectiva; conocimiento de las ciencias biomédicas, sociomédicas y clínicas; habilidades clínicas; profesionalismo y ética; promoción de la salud y prevención de la enfermedad y, por último, desarrollo y crecimiento personal. Con este novedoso planteamiento, que se instaura a partir del año 2010, se ha pretendido lograr una mejor integración de los conocimientos y así enfrentar los retos del nuevo siglo.

¹³ AHFM, FFM, SC, caja 127, exp. 12, f. 18, Nuevo Plan de Estudios de la Carrera de Médico Cirujano..., s.f.

A modo de conclusión

A lo largo del siglo xx hasta 1985 se aprecia que la enseñanza de la medicina en la UNAM estuvo sujeta a condiciones determinadas por el contexto socioeconómico y político, que demandaba, entre otras cosas, contar con médicos generales capaces de responder adecuada y ágilmente a las necesidades de las regiones del país con las características particulares de cada una de ellas.

En lo que concierne a las condiciones económicas y materiales de la Escuela de Medicina, éstas también se vieron reflejadas en la ejecución de los cambios curriculares. En 1934, las reformas al viejo edificio de la Plaza de Santo Domingo fueron circunstancia fundamental para aplicar dichas modificaciones que demandaban anfiteatros y laboratorios para la enseñanza de acuerdo con el modelo médico vanguardista; otro periodo propicio para las modificaciones en los planes de estudio fue en 1956, cuando la Escuela se trasladó a sus nuevas instalaciones en la recién inaugurada Ciudad Universitaria, las cuales estuvieron ideadas como las mejores del momento.

La década de 1970 se caracterizaron por el aumento considerable de la matrícula en las carreras universitarias, lo que afectó por razones obvias a la Facultad de Medicina. Esto favoreció el planteamiento de propuestas alternativas de enseñanza, como la idea del Dr. Carlos Biro que sentó las bases para el Plan Experimental de 1974, conocido como Plan de Medicina General Integral A-36, el cual funcionó de manera paralela al plan de estudios tradicional hasta 1992, aproximadamente. La originalidad de dicha propuesta tuvo que echar mano del apoyo oficial a través de un convenio con la Secretaría de Salubridad y Asistencia en el que ésta se comprometía a brindar apoyo para la enseñanza en algunos centros de salud. A partir de entonces, la relación entre la UNAM y el sector público se hizo patente para la formación de los recursos humanos en salud que a más de haber sido innovadora, se volvió una constante en el proceso de enseñanza práctica de la medicina.

En este breve recorrido por casi ocho décadas, los planes de estudio de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México debieron responder a los retos que suponía el desarrollo de la medicina en relación con la realidad socioeconómica nacional, así como con las pautas marcadas por los organismos internacionales en la posguerra, que reclamaban la formación de médicos con un perfil determinado que coadyuvara a la atención de los problemas de salud de la población más desprotegida. Debe recordarse que tanto la Organización Mundial de la Salud como la Organización Panamericana de la Salud establecieron las características del perfil que debían tener los egresados de las escuelas de medicina.

Es importante destacar que a mediados del siglo xx, la tendencia, aun en los ámbitos internacionales, fue la de formar mejores médicos generales y no tanto especialistas, cuya

práctica estaba delimitada o concentrada por esos años en los hospitales de las grandes ciudades.

Finalmente, podemos afirmar que los cambios curriculares efectuados a lo largo del periodo del presente estudio dieron como resultado avances significativos en el proceso de enseñanza de la medicina. Ejemplo de esto fue que, a principios del siglo xx, el modelo estuvo centrado en el conocimiento de la anatomía y, con el tiempo, dicho modelo fue sustituido, a iniciativa del Dr. Fernando Ocaranza, por el denominado “pensamiento fisiológico”.

En el lapso del presente estudio destaca la institucionalización del Internado Médico, en 1912, lo que favoreció la enseñanza en el campo clínico, ya que los alumnos se vieron obligados a tener contacto directo y sistemático con los pacientes en diversos hospitales. Asimismo, en 1936, por iniciativa del Dr. Gustavo Baz, fue creado el servicio social lo que permitió a los alumnos de medicina enfrentarse con la realidad nacional, ya que su ejercicio se llevaba a cabo en comunidades de toda la República.

Posteriormente, el vertiginoso avance tecnológico de la medicina propició que un grupo de médicos se enfocara en el estudio y enseñanza de los aspectos ético-humanísticos de la práctica médica, tendencia que se vio reflejada desde la década de 1950; sin embargo, tales temas se incorporaron formalmente a los planes de estudio a partir de 1967.

El Plan de 1985, conocido como Plan Único, representa la culminación del proceso evolutivo de los planes de estudio del siglo xx, al incorporar lo antes dicho, además de la introducción del Perfil Académico del Egresado, en el cual se hace a un lado la labor individualista del médico para promover el trabajo en equipo y así obtener mejores resultados en los diagnósticos y tratamientos de las enfermedades; al mismo tiempo, el propósito primordial de dicho perfil fue la atención primaria de la salud con interés en la medicina preventiva, aspectos de avanzada nacional e internacional. Para esto se establecieron convenios institucionales con el sector salud que sentaron las bases para una relación multidisciplinaria entre las escuelas de medicina, en este caso con la UNAM, condición que desde entonces ha favorecido la formación de los recursos humanos en salud de nuestro país.

Fuentes

- Chávez Sánchez, Ignacio (1947), *México en la Cultura Médica*, El Colegio Nacional, México.
- Diario Oficial del Supremo Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos*, 21 de enero de 1902, tomo LVII, núm. 18, pp. 1-6.
- Diario Oficial de los Estados Unidos Mexicanos*, 20 de diciembre de 1906, tomo LXXXVII, núm. 43.
- García Colorado, Carmen y Sara Morales López (1993), “Experiencia innovadora en el campo de la formación del médico: el Plan A-36”, *Perfiles Educativos*, México, Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación, núm. 59, enero-marzo de 1993. Disponible en: <www.iisue.unam.mx/perfiles/perfiles_articulo.php?clave=1993-59-55-71> (fecha de consulta: 2/08/2015).
- Gasca González, Humberto (2008), *Crónica de la Facultad de Medicina*, tomo I, 1950-1971, Facultad de Medicina-UNAM, México.

- _____. (2004). *Crónica de la Facultad de Medicina*, tomo II, 1971-1991, Facultad de Medicina-UNAM, México.
- Herrera Moreno, Enrique (1925), "La Escuela de Medicina de México", *Memorias de la Sociedad Científica Antonio Alzate*, núm. 43, pp. 369-445.
- Ocaranza, Fernando (1934), *Historia de la Medicina en México*, Laboratorios Midy, México.
- Soriano Cuevas, Nancy Karina (2015), "De la cátedra de 'higiene' a la cátedra de "medicina preventiva", en la Escuela Nacional de Medicina, 1940-1960", tesis de maestría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Viesca, Carlos (2011), "Reflexiones acerca de los planes de estudio de la Facultad de Medicina en el Siglo XXI", *Gaceta Médica de México*, Academia de Medicina de México, núm. 147, pp. 132-136.

Archivos Consultados

- AHFM-UNAM Archivo Histórico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- FEMA Fondo Escuela de Medicina y Alumnos.
- FFM-SG Fondo Facultad de Medicina, Sección: Secretaría General.
Colección Planes de Estudio.

MA. XÓCHITL MARTÍNEZ BARBOSA. Doctora en historia. Líneas de investigación: historiografía de la medicina; historia de las instituciones de asistencia médica. Publicaciones recientes: con Jorge Zacarías Prieto (2014), *Libro de Juntas de Profesores de la Escuela Nacional de Medicina, 1851-1883*, Facultad de Medicina-UNAM (Archivalia Médica, núm. 10), México.

JORGE ZACARÍAS-PRIETO. Licenciado en historia. Líneas de investigación: historia de las instituciones médicas, personajes médicos de los siglos XIX y XX. Publicaciones recientes: (2014), "La Escuela de Medicina de México 1833-1900.", *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, vol. 15, núm. 1-2, pp. 14 y 21.

Recibido: 22 de agosto de 2015

Aceptado: 6 de abril de 2016