

Reflexiones acerca de los planes de estudio de la Facultad de Medicina en el Siglo XXI

Carlos Viesca Treviño*

Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México, D.F.

Resumen

En el presente artículo se revisa la evolución histórica de algunos de los planes de estudio de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) durante los tres primeros cuartos del siglo XX, que son más representativos de la evolución del pensamiento médico mexicano y de la preocupación por formar médicos que respondan a las exigencias sociales de la atención de la salud. Ellos son el de 1934, promovido por Ignacio Chávez, con una visión modernizadora que incluía las especialidades médicas; los de 1956 y 1960, que en conjunto impulsaron la prioridad de la clínica, y el de Medicina General Integral, de 1974, orientado hacia la medicina comunitaria y de gran contenido social.

PALABRAS CLAVE: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. UNAM. Plan de Estudios. Carrera de Medicina.

Abstract

In this paper we review the main medical programs from the Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) faculty of medicine in the first seventy-five years of twentieth century. We have selected those instances that are representative of special moments in the development of Mexican medical knowledge, and also corresponding to the need to prepare medical students in view of social demands. The first programs are those of Ignacio Chávez in 1934, concerned mainly with the introduction into the curricula of medical specialties such as cardiology or neurology. After those, the 1956 and 1960 programs are mentioned and briefly analyzed; both were founded on the concern to develop a clinical reasoning in the student. Finally, the 1974 Integral General Medicine Program directed its interest to social and environmental themes.

KEY WORDS: National University of Mexico. Faculty of Medicine. UNAM. Core curriculum. Medical Career.

Introducción

La Facultad de Medicina de la UNAM era a principios del siglo XX Escuela Nacional de Medicina y se afilió a la Universidad Nacional en 1910. Tras un periodo en que fue Facultad de Ciencias Médicas, que englobaba a las escuelas de Medicina, Odontología y

Enfermería, en la década de 1930, y regresar a Escuela Nacional de Medicina al tomar las otras escuelas su curso propio, se convirtió en Facultad de Medicina en abril de 1960, al establecerse de manera precisa y definitiva sus posgrados.

El plan de estudios de 1933 y sus antecedentes inmediatos

Cuando Ignacio Chávez tomó posesión de la dirección de la Escuela Nacional de Medicina en enero de 1933, estaba en el aire la necesidad imperiosa de poner una vez más al día el plan de estudios y los programas de la escuela. El anterior director, Fernando

Correspondencia:

*Carlos Viesca Treviño
Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)
Edificio B, 1.º piso
Circuito interior, Ciudad Universitaria, Avda. Universidad 3000.
C.P. 04510, México, D.F.
E-mail: carlosviesca@yahoo.com

Fecha de recepción en versión modificada: 17-12-2010

Fecha de aceptación: 14-01-2011

Ocaranza, había iniciado una modernización y la definición de un rumbo para la enseñanza de la medicina. Sin embargo, finalmente hubo serias tensiones entre ambos, no en relación con la modernización y actualización de los programas, sino en cuanto a las definiciones de fondo de lo que significaba la modernidad en medicina, a la que Ocaranza¹ circunscribía a la introducción del «pensamiento fisiológico», como él llamaba al modelo experimental marcado por Claude Bernard setenta y cinco años atrás.

El pensamiento de Ignacio Chávez se orientaba a imprimir una mayor importancia a las especialidades médicas que nacían entonces, la cardiología, la gastroenterología, la nefrología, la neurología, por ejemplo, e incluirlas en los cursos de clínica buscando en un primer paso la formación integral del médico y dar cabida al desarrollo posterior del especialista. Esto iba en contraposición, no en detrimento, del auge inicial de las especialidades quirúrgicas que habían comenzado a tomar identidad desde el último tercio del siglo XIX. Por ejemplo, personajes como Salvador Aceves y Gustavo Argil, muy cercanos a Ignacio Chávez, comenzaban a hablar de nefrología en el sentido moderno del término.

El plan de estudios propuesto y aprobado para 1934 fue producto de un concurso en el cual los dos principales concursantes fueron Anastasio Vergara y Teófilo Ortiz Ramírez; este último, encabezando el grupo de profesores que con el director apuntaban hacia la práctica de una medicina diferente, más científica y más instrumentada, fue el plan seleccionado. Sus características más notables fueron la insistencia en el desarrollo de una verdadera cultura en el médico y un empeño manifiesto y genuino en preparar a los estudiantes para interesarse y enfrentar los «trascendentales problemas colectivos». En la estructura del plan de estudios se observaban ya diferencias importantes en relación con los anteriores. La Anatomía quedaba confinada al primer año, siendo descriptiva en la clase teórica y regional, o sea topográfica, en las prácticas de disecciones. La anterior Anatomía microscópica se convertía en Biología, la cual comprendía Citología e Histología, enfocadas ahora como parte de una visión biológica integral. La Embriología vendría al finalizar el año, siendo una materia de asistencia libre, es decir, no obligatoria. La gran innovación era la presencia de los alumnos en hospitales desde el primer día de su presencia en la escuela, por dos horas diarias en servicios de medicina general y cirugía asimismo general. Se pretendía con esto que el alumno se familiarizara con las técnicas y procedimientos elementales

de exploración, los tecnicismos en uso, el instrumental y aparatos de exploración de uso diario. Si se recuerda que en el pabellón 21 del Hospital General, del cual era jefe Ignacio Chávez, no se contaba con estetoscopios un lustro antes, el simple hecho nos da la medida de estas pretensiones. La asistencia a hospitales no se interrumpiría nunca más, cumpliendo el segundo año con la enseñanza y adiestramiento en «técnicas propedéuticas y aplicación de los métodos generales de exploración». Para este año las materias básicas se limitarían a Microbiología y Fisiología y física, insistiéndose en que se contara con un laboratorio de física médica. Para el tercer año se incluían las clínicas propedéutica médica y quirúrgica, y las correspondientes enfermedades, acompañadas de Anatomía Patológica y Parasitología. El cuarto año se enfocaría al estudio de la materia médica, a la cual se sumaban Farmacología y Farmacodinamia, dando un gran peso a las prácticas de laboratorio, y la técnica quirúrgica, en subgrupos de 8 a 10 alumnos, lo que contrasta notablemente con otras materias, por ejemplo, la Parasitología, para la cual se contemplaban grupos de 100 estudiantes. Los cursos en los hospitales serían eminentemente orientados a la práctica, con rotación en diversos servicios, en todos los cuales se insistía en la intervención activa del estudiante. En el quinto año se destacaban la medicina legal con prácticas y cirugía en animales. En el internado se reforzaría la preparación clínica de los alumnos².

Como se refería, el plan de estudios aprobado en 1933 para el año lectivo de 1934 tenía esta estructura, pero a la salida de Ignacio Chávez de la dirección fue discontinuado, quedando solamente vigentes algunas de sus partes. La idea de que los alumnos asistieran a los hospitales desde el inicio de la carrera se pospuso hasta el tercer año, y es algo que ha aflorado una y otra vez en la mente de quienes participan en la planeación y elaboración de los planes y programas de estudio. De una u otra forma, este plan quedó por los siguientes 20 años como el plan ideal al cual aproximarse.

La clínica y el humanismo como elementos distintivos de la medicina en la Universidad Nacional Autónoma de México: los planes de estudios de 1956 y 1960

Desde mediados del siglo pasado, con el apoyo e impulso de directores como José Castro Villagrana y, particularmente Raoul Fournier, la Escuela Nacional de

Medicina, que durante la dirección de este último se convirtió en Facultad de Medicina, incorporó a sus haberes la conciencia de la dimensión biológica, psicológica, social e histórica que debe tener el arte médico. La organización departamental y la inclusión de las ciencias sociales y las humanidades en la estructura de la facultad la obligó a tener una presencia más amplia en las actividades e idearios de otras escuelas y facultades. Por otra parte, el perfil propuesto para el médico que se forma en ella quedó establecido como el de un médico humanista cuyo interés central es el ser humano enfermo, yendo más allá de la mera enfermedad. Seguía siendo lugar común la necesidad de reducir la teoría y privilegiar la práctica.

Para ello se decidió poner en juego un experimento educativo que fue conocido entonces como «Plan B» o «Plan piloto», quedando el rubro de «A» para el programa ya vigente. El plan de estudios fue diseñado para seis años escolarizados, uno de internado y seis meses de servicio social.

De tal modo se presentó un esquema integrado de ciencias morfológicas, que agrupaba la Anatomía humana con la Histología y la Embriología. El segundo año era de ciencias fisiológicas, dando lugar a Bioquímica como materia independiente y dando lugar dentro de la Microbiología a la Virología, la Parasitología y la Inmunología. En estos dos primeros años aparecía como gran novedad la Psicología médica, orientada hacia la psicología humanista promovida por Alfonso Millán y Ramón de la Fuente. El tercer año era introductorio a la Patología, a la Terapéutica y a la Prope déutica. Las clínicas, que ocupaban el cuarto y quinto año, eran divididas en dos cursos cada una, el primero de Nosología y el segundo de Clínica, los cuales estaban organizados de acuerdo a las principales especialidades entonces vigentes, haciendo la advertencia a los profesores de que lo que deberían de enseñar no era la especialidad *per se*, sino lo que de ella debiera saber un médico general. Este último punto fue el gran escollo para el programa, ya que cada especialista siguió, salvo contadas y honrosas excepciones, enseñando y exigiendo que se aprendiera lo que cada uno de ellos consideraba importante «para la especialidad». En el cuarto año se ubicaron cuatro materias clínicas que fueron llamadas en su conjunto 1.º Curso de Medicina y Cirugía Generales: Sistema musculoesquelético, ya no limitado a la Traumatología como había sido costumbre, Aparato respiratorio, Gastroenterología y Aparato cardiovascular; en el quinto año, 2.º Curso de Medicina y Cirugía Generales, se

agrupaban las Visceropatías, Urología y Nefrología, Endocrinología con Hematología y Nutriología, Neurología e Introducción teórica a la ginecoobstetricia y, en el sexto, Ginecoobstetricia, Medicina preventiva e Infectología, a las que se sumaron Dermatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Medicina forense e Historia y filosofía de la medicina³.

Para 1960, tras ser probada en todos los cursos básicos en tres generaciones y haber notado lo que sucedía al acceso a los ciclos clínicos, se decidió retomar lo mejor de los dos planes reuniéndolos en uno solo y disminuyendo a cinco años la parte escolarizada, manteniéndose el año de internado y el semestre de servicio social. Esta vez se concentraron en el primer año la Anatomía humana, que comprendía Genética y Embriología, Microscópica, Macroscópica y radiológica, y Clínica. Lo interesante del asunto es la orientación netamente aplicativa que se imprimió a los programas, evidente en la asociación de la Radiología y la Clínica a la Anatomía desde el inicio de los estudios. En el segundo año estarían las ciencias fisiológicas: Bioquímica, Fisiología propiamente dicha y Farmacología. En cada uno de los años estaba presente un curso de Psicología médica, insistiéndose en la presencia irrevocable de las humanidades en medicina. Quedaron para el tercer año Microbiología y Parasitología, con una unidad de Virología y Anatomía Patológica, como el último grupo de materias sobre ciencias básicas, y en el segundo semestre un primer curso de Nosología y los cursos introductorios a la clínica –que era propedéutica– y a la cirugía. El cuarto año, dividido por bimestres, contenía las clínicas de las especialidades comprendidas en el primer curso de Nosología, que eran Sistema musculoesquelético, Aparato respiratorio, Aparato circulatorio, Aparato digestivo, Nutrición y Endocrinología y dermatología. Estaba incluido, además, el segundo curso de Nosología, que incluía las especialidades cuyas clínicas constituían los contenidos del quinto año, las cuales eran Neurología, Psiquiatría, Ginecoobstetricia y Pediatría, a las que se agregaban las materias humanísticas: Sociología médica y Medicina preventiva, Historia y filosofía de la medicina, y Medicina forense⁴.

Se confirmó a la facultad una estructura departamental, reafirmandose los ya existentes de Anatomía, Histología, Embriología, Fisiología, Bioquímica, Farmacología, Microbiología y Parasitología, y Anatomía Patológica, y creándose desde 1956 los departamentos de Psicología médica y Psiquiatría, de Sociología Médica, y de Historia y Filosofía de la Medicina. Esta estructura tenía por objeto el impulso de áreas disciplinarias que

necesariamente tendrían que desarrollar investigación, para lo cual se contaba con laboratorios más que razonablemente provistos y suficientes para el número de alumnos que entonces tenía la facultad⁴.

En síntesis, se disponía de un plan de estudios que parecía cercano a lo ideal y que planteaba retos interesantes. ¿En cuánto tiempo podrían desarrollarse los recursos humanos adecuados para llevar a cabo investigación de calidad? ¿Se podría realizar enseñanza adecuada a la vez que investigación de calidad? ¿Se podría mantener un equilibrio entre los diversos campos de conocimiento, de manera que la facultad creciera armónicamente? ¿Cuál sería el papel de las clínicas? ¿Mantendría la investigación clínica el papel prioritario que la caracterizara anteriormente? ¿Sería factible el desarrollo de investigación/docencia de alto nivel en las áreas humanísticas, y, de serlo, en qué plazo? Podríamos decir que la respuesta fue positiva a todas estas cuestiones, pero nunca de forma definitiva, como es lógico, sino de acuerdo a las variables y exigencias de un proceso que nunca termina, pues su característica primordial es la de permanecer continuamente dentro de un esquema de adecuación a nuevos saberes y a nuevas expectativas.

Los planes modulares de estudio

Para la década de 1970, la UNAM y su Facultad de Medicina tuvieron que dar respuesta a necesidades sociales inéditas. La primera de ellas, el ofrecer respuesta a los problemas de salud de una población que crecía a pasos agigantados y que comenzaba a dar muestras de entrar en una primera transición epidemiológica en la que se sumaban a los problemas previos las crecientes cifras de enfermedades crónicas. Se sumaban también la población creciente de alumnos solicitando su inscripción de primer ingreso a la facultad y la tendencia de las políticas públicas a multiplicar las posibilidades de acceso a las instituciones de educación superior. Por último, la presencia de nuevas tendencias educativas predicando la sistematización de la enseñanza y la aparición en escena del aprendizaje, los modelos de enseñanza en los que aumentaba la participación del alumno en forma considerable y, finalmente, la estructuración de los estudios a partir de módulos movieron a la formulación de planes de estudio diferentes, modulares. Pero se sumó otra circunstancia más, opiniones externas, provenientes en su mayor parte de la Organización Panamericana de la Salud, en la cual su paladín fue Juan César García, llamaron la atención hacia la necesidad de

enfocar la atención en la prevención, la atención primaria de la salud, los problemas de salud locales y en las formas que tomaban las enfermedades en nuestro medio en particular. Tras una serie de reuniones colegiadas convocadas por el entonces director de la Facultad de Medicina, José Laguna García, el resultado fue que la UNAM abrió estudios de medicina mediante tres planes modulares, el conocido como A 36, por el número de alumnos por grupo, en la Facultad de Medicina y los de las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales en los campos Zaragoza e Iztacala. El perfil del médico formado en estos planes marcaba una clara tendencia a la atención preñada del carácter de acción social, disminuyendo la carga de conocimientos en ciencias básicas y priorizando el trabajo en comunidad y los programas preventivos. En el Plan de Medicina General Integral (A 36), cuya responsabilidad correspondía a la Facultad de Medicina, los grupos se limitaban a 36 alumnos, un número en el que se podía garantizar un conocimiento personalizado por parte del profesor y una atención adecuada en cuanto al proceso enseñanza-aprendizaje. Las materias correspondientes a ciencias básicas desaparecían, siendo sustituidas por módulos orientados hacia el conocimiento de grupos de enfermedades, acuñándose para ello la experiencia recogida con los grupos «piloto» en las nosologías y las clínicas, solo que ahora ambas aparecían integradas. El trabajo en comunidad fue prioritario y se inició desde el primer año, haciéndose estudios conducentes a conocer al individuo sano en su entorno, lo cual respondía también a las revisiones de temas de ciencias morfológicas y ciencias fisiológicas enfocadas al organismo en estado de salud. No obstante, los conocimientos responderían a un orden diferente del habitual, ordenándose a lo largo de dos ejes: el del primer año, denominado Introducción a la medicina, y el del segundo, Introducción a la metodología clínica. Los módulos del primero se integraban alrededor del proceso de crecimiento y desarrollo, intra y extrauterinos, a los que se añadían Ecología, Nutrición y el estudio del Parto y el periodo perinatal, lo que permitía que buena parte de las prácticas se desarrollaran en servicios de atención materno-infantil; en cambio, en el segundo año, en el cual se revisarían contenidos distribuidos por aparatos y sistemas, y las prácticas en comunidad serían llevadas a cabo en instancias de higiene escolar y del trabajo. Después vendrían los estudios encaminados al conocimiento, no de la enfermedad, sino del ser humano enfermo, no en el sentido hipocrático de la total individualidad de la enfermedad al presentarse

en alguien, sino en la idea de que existen características comunes que diferencian el estado de salud de los de enfermedad y que gran parte de ellas encuentran su explicación en la influencia del medio ambiente y de los entornos socioculturales. Así, la realización de prácticas fue orientada a hacer diagnósticos de las condiciones de comunidades específicas, para lo cual fueron elegidas las áreas de Cuajimalpa, la colonia Agrícola Oriental y Ciudad Nezahualcóyotl, prototipos de poblaciones rurales que iban cayendo en una vorágine de urbanización en la primera de ellas, o de migraciones del campo a la ciudad en condiciones de marginación severa, en las otras dos. A esta actividad primaria se sumaban prácticas de vacunación y nutrición. El servicio social tendría un año de duración, en lugar de los seis meses que se contemplaban para él en el plan tradicional^{5,6}.

El profesional resultante sería representativo de un nuevo modelo de médicos científicos occidentales. Se priorizaba la actividad en servicio y, más aún, en servicio enfocado a comunidades, a grupos socialmente definidos. Un punto que sí repercutió en la formación de estos médicos fue la eliminación del año de internado hospitalario al final de la carrera, notándose en ellos la falta de pericia clínica ante el enfermo que requería ser hospitalizado, costando trabajo el que se adaptaran posteriormente a esta importante parte del ejercicio profesional.

Este plan de estudios presentó ventajas y desventajas, y funcionó durante dos décadas, siendo suspendido ya en la década de 1990 para fundirse en lo que se llamó Plan Único de Estudios, el cual marcó el inicio de otra nueva tendencia educativa en la formación de médicos, yendo de nuevo la balanza hacia una visión de corte orientado al reforzamiento de las ciencias

básicas y la capacidad de investigar, y considerando la globalización como un fenómeno que se imponía y forzaba una competitividad mayor ante la proliferación de escuelas de medicina privadas y la mayor apertura de escenarios internacionales. Como quiera que sea, para entonces habían sido ya formados unos 3,600 médicos en este programa y su desempeño, sobre todo a nivel de medicina familiar, había sido relevante⁷.

Los planes de estudio de la facultad en los siguientes años buscarían responder, simultáneamente y sin detrimento de las partes, a los cuestionamientos que se les hacía de tender en demasía a una práctica poco especializada o a forzar los contenidos de las especialidades, e incidir más en la formación de especialistas que en ser médicos generales o aun la de inclinar el peso de los contenidos hacia la investigación básica. Las tendencias se alternaron y es aún la fecha en que mirando al futuro continúan vigentes muchos de los problemas, ya que por un lado se expresa la presión de una modernidad definida a nivel mundial, mientras que por otro está la expresión de múltiples necesidades de atención de la salud en términos de una realidad cotidiana que adolece de múltiples deficiencias.

Bibliografía

1. Ocaranza F. Historia de la Medicina en México. México: Conaculta; 1995.
2. Plan de Estudios de la Escuela Nacional de Medicina. México; 1934.
3. Plan de Estudios de la Escuela Nacional de Medicina. México; 1956.
4. Plan de Estudios de la Facultad de Medicina. México; 1960.
5. Programa de Medicina General Integral. México; 1974.
6. Gasca H. Crónica de la Facultad de Medicina. Tomo II, 2 vol. México: Facultad de Medicina, UNAM; 2004.
7. Avendaño IJ. La saga de la Facultad de Medicina. En: Crónica de la Facultad de Medicina. Gasca H (Eds). México: Facultad de Medicina, UNAM; 2004. p. XIII-XX.