

# ASOCIACIÓN PERUANA DE FACULTADES DE MEDICINA

## Primera Conferencia Nacional de Educación Médica Hotel El Pueblo, 29 de noviembre - 1º de diciembre 1996

ASPEFAM agradece a las siguientes instituciones cuya contribución hizo posible la Primera Conferencia Nacional de Educación Médica:

- Oficina Panamericana de Salud (OPS)
- Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME)
- Agencia Interamericana de Desarrollo (AID)
- Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
- Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH)

### TEMARIO OFICIAL

- I. Proyecciones Curriculares en la Educación Médica
- II. Auto evaluación, Evaluación y Acreditación de Facultades de Medicina.
- III. Reforma del Sector Salud y la Educación Médica en el Perú

#### PRESIDENTE

Dr. OSWALDO ZEGARRA ROJAS

*Presidente de ASPEFAM y  
Decano Facultad de Medicina*  
Alberto Hurtado

#### SECRETARIO

Dr. GERMÁN BENITO ARAGÓN  
*Secretario Ejecutivo*

#### INVITADOS DE HONOR

Dr. MARINO COSTA BAUER  
Dr. ELMER ESCOBAR

*Representante de la Oficina Panamericana de la Salud en el Perú*

#### DELEGADOS

##### FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS LIMA

JOSÉ L. PISCOYA ARBAÑIL  
*Decano*  
Dr. CÉSAR HUGO GUZMÁN VARAS  
Dr. ROBERT PALOMINO DE LA GALA  
*Profesores Representantes*

##### FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA LIMA

Dr. OSCAR SITU ROJAS  
*Vicedecano*  
Dr. EDUARDO PAREDES BODEGAS  
Dr. RODOLFO ZAVALA ULFE  
*Profesor Representantes*

##### FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA IQUITOS

Dr. JORGE ARÉVALO MELHO  
*Decano*  
Dr. JULIO AREVÁLO SÁNCHEZ  
*Profesor Representante*

##### FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO HUANCAYO

Dr. RIGOBERTO ZUÑIGA MERA  
*Decano*

##### FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

##### FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE TACNA

Dr. VÍCTOR V. CRUZ CHINCHAY  
*Profesor Representante*

Dr. EDGARDO VELARDE GRABULOSA  
*Presidente Comisión de Gobierno*  
Dra. MILENA DE COL  
*Profesor Representante*

**FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE  
SANTA MARIA AREQUIPA**

**ESCUELA NACIONAL DE  
SALUD**

Dr. LINO CALDERON SÁNCHEZ  
*Decano*  
Dr. JESÚS ALARCÓN LUQUE  
*Profesor Representante*

Dr. JULIO SWAYNE OSSA  
*Director*  
Dra. MARÍA ELENA VILCA VALVERDE  
*Profesor Representante*

**MINISTERIO DE SALUD**

Dr. JORGE RUIZ

**ASESORIA INTERNACIONALES**

Dr. CARLOS BRAYLOVSKY  
*Centro de Evaluación de las Ciencias de la Salud de la Universidad de Laval,  
Canadá.*

**ASESORES NACIONALES**

Dr. CARLOS VIDAL LAYSECA  
*Rector de la Universidad Peruana  
Cayetano Heredia*

Dr. JOSÉ MANUEL ÁLVAREZ MANILLA  
*Del Centro de Investigaciones y Servicios Educativos de la Universidad  
Autónoma de México*

Dr. JORGE CASAS CASTAÑEDA  
*Director de Pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana  
Cayetano Heredia*

Dr. CARLOS CASTILLO  
*División de Salud y Desarrollo de la OPS, Washington.*

Dr. LEONIDAS DELGADO BUTRÓN  
*Representante de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional San  
Agustín de Arequipa*

Dr. JAVIER SANTA CRUZ  
*Oficina Panamericana de Salud, Lima*

Dr. ARNOLDO MEDINA DÍAZ  
*Representante de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de  
Trujillo*

Dr. OSCAR VIDARTE GONZÁLES  
*Secretario Académico de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado.*

**PROGRAMA  
Ceremonia Inaugural**

Viernes 29 de Noviembre.

Lugar: Hotel el Oro Verde

19.00 hs      Discurso del Presidente de ASPEFAM  
Dr. Oswaldo Zegarra

19.30 hs      Lineamientos de la Reforma del Sector salud.  
Dr. Marino Costa Bauer  
Ministro de Salud del Perú

**Taller I**

Sábado 30 de Noviembre

Lugar: Hotel El Pueblo

**TEMA: Proyecciones Curriculares en la Educación Médica**

**Objetivos:**

1. Conocer las tendencias actuales en la curricular de estudios de las Facultades de Medicina a nivel continental.
2. Identificar las tendencias predominantes a nivel nacional.
3. Establecer recomendaciones para la reformulación curricular en las Facultades de Medicina.

08.00 hs Tendencias actuales de la Educación Médica en el Perú

- Dr. Jorge Casas Castañeda
- Universidad Peruana Cayetano Heredia

08.40 hs Intermedio

09.00hs Proyecciones en el Diseño Curricular en Medicina.

- Dr. José M. Álvarez Manilla
- Centro de Investigaciones y Servicios Educativos de la
- Universidad Autónoma de México

09.40 hs Trabajo de Grupos

12.00 hs Plenaria

### **Guía De Discusión Para El Trabajo De Grupos**

1. Describir las características del proceso educativo en cada Facultad de Medicina.
  - Balance entre aprendizaje activo, aprendizaje pasivo.
  - Niveles de integración de la enseñanza.
  - Experiencia formativa con paciente ambulatorio y salud colectiva.
2. ¿Existen rasgos comunes en la Educación Médica en el Perú?
3. Problemas identificados como prioritarios en la Educación Médica en el Perú.
4. Alternativas para la solución de los principales problemas identificados.
5. Pasos concretos para el corto mediano y largo plazo.

### **Taller II**

Sábado 30 de Noviembre

Lugar: Hotel El Pueblo

**TEMA:** Autoevaluación, Evaluación y Acreditación de Facultades de Medicina

#### **Objetivos:**

1. Conocer las experiencias ,mecánicas y herramientas de evaluación y acreditación de Facultades de Medicina, utilizadas en otros países del continente.
2. Proponer mecanismos de evaluación y acreditación aplicadas en el país.

15.00 hs Evaluación y Acreditación de Facultades de Medicina

- Dr. Carlos Brailowsky
- Centro de Evaluación de las Ciencias de la Salud
- Universidad de Laval, Canadá.

16.00hs Trabajo de Grupos

17.30hs Plenaria

19.00 Receso

## Guía De Discusión Para el Trabajo De Grupo

1. Definir el concepto de Autoevaluación y Acreditación Universitaria. Establecer su relación con el mejoramiento de la Calidad de la Educación Superior en las Facultades de Medicina.
2. Relatar las diferentes experiencias que se llevan a cabo, en relación al tema de las Facultades de Medicina. Identificar y listar las áreas a evaluar prioritariamente en las Facultades de Medicina
3. La auto evaluación en las Facultades de Medicina sería sustantivamente diferente a otras Universidades que ofrecen Programas académicas; de ser así, en que consistirían estas.
4. Proponer un esquema de Autoevaluación en las Facultades de Medicina.

20.00 hs Asamblea General de ASPEFAM

### Taller III

Domingo 01 de Diciembre

Lugar: Hotel El Pueblo

**TEMA: Reforma del Sector salud y la Educación Médica**

#### Objetivos:

1. Conocer la situación actual y futura de la producción de recursos profesionales Médicos en el país.
2. Identificar las implicancias cualitativas y cuantitativas del proceso de Reforma. En la Educación Médica.
3. Establecer recomendaciones de las Facultades de Medicina al proceso de Reforma y a la planificación de la Educación Médica.

08.00hs Tendencias en las situación de Salud de la Américas y su influencia en los modelos y tipos de servicio de salud.

- Dr. Carlos Castillo
- División de Salud y Desarrollo
- OPS, Washington

09.00 hs Intermedio

9.30 hs La Reforma del Sector Salud y su Relación con la

- Educación Médica
- Dr. Carlos Vidal Layseca
- Rector de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

10.30 hs Preguntas

11.30 hs Clausura

**TEXTO DEL DISCURSO PRONUNCIADO EN LA CEREMONIA INAUGURAL POR EL DOCTOR OSWALDO ZEGARRA ROJAS, PRESIDENTE DE ASPEFAM Y DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA ALBERTO HURTADO DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA.**

Pocas veces en la historia de un país se ha pasado por momentos tan graves de inestabilidad social, económica y moral como el que ha atravesado nuestro país en la década pasada.

Como consecuencia de tal situación, cuando hace dos años recibimos el encargo de asumir la Presidencia de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina, la encontramos, seguramente al igual que otras instituciones del país, con problemas de funcionabilidad y representatividad.

Al término de estos dos años, bajo nuevas condiciones de paz social y estabilidad económica, hemos podido resolver algunos problemas, principalmente de infraestructura.

Actualmente con una institución saneada, operativa reinsertada en el ámbito institucional, nos encontramos en condiciones de hacer respuestas cambios estructurales importantes que podrán dar al ASPEFAM un nuevo y más vigoroso rumbo, en su importante papel de institución encargada de representar, coordinar y asesorar las Facultades de Medicina, en su objetivo fundamental que es el de la formación del médico peruano; y en la evaluación y acreditación de su organización.

Es grato informarles que por primera vez asisten a este evento los decanos y los Profesores representantes de la totalidad de la diecisiete Facultades de Medicina reconocidas que existen en el Perú, las cuales gradúan más de mil doscientos nuevos médicos cada año.

Los 3 temas que se tocarán en esta Primera Conferencia Nacional de Educación Médica, llamada así porque proponemos hacer de las Conferencias Nacionales de Educación Médica, los eventos periódicos en los cuales se discuten los problemas más importantes que atañen a la educación médica; y éstos van a ser los siguientes:

- La Reforma del Sector Salud y su relación en la formación de los médicos del país.
- Nuevas perspectivas curriculares en Educación Médica
- Evaluación y Acreditación de las Facultades de Medicina.

Las Facultades de Medicina deberán discutir el rol importante que corresponde ante el cambio de escenario de salud en el futuro y las posibilidades de salud que se implementan en el País

La educación de médicos con conocimiento sobre la realidad en la que van a desempeñar su ejercicio profesional es responsabilidad de quienes conocimos el proceso; debemos proporcionarles los instrumentos para darles la formación, ética científica, humanística, social, cultural y el enfoque integral que necesariamente deben tener.

Dentro de un tercer tema, Evaluación y Acreditación de la Facultad de Medicina, ampliaremos opiniones

El restante 70% de la población no tiene ningún tipo de seguro provisional.

Todas estas situaciones describen inequidades e ineficiencias en la utilización de los recursos a lo que se agrega la presencia de subsidios cruzados del Ministerio hacia el IPSS. Según información de la encuesta nacional de niveles de vida en 94.13% de la población asegurada en el IPSS hace uso del servicio del Ministerio sin que este reciba compensación alguna. Cuando enferma un asegurado del IPSS, en una cada 8 atenciones el asegurado paga su atención y sus medicamentos a pesar de haber cotizado para ellos, es decir hay un flujo importante de subsidios cruzados y un trato injusto al asegurado. Como esta distorsión es conocida, una amplia franja de la población que podría contribuir al sistema de seguros no accede al mismo.

## **CÓDIGO DE ADMINISTRACIÓN REGIONAL**

Aunque después de superar el colapso funcional de los servicios se pasó a la fase de reactivación y fortalecimiento, tanto el subsector público como el Instituto Peruano de Seguridad Social, y en el subsector privado, no obstante haber desarrollado diversos programas y proyectos muy graves que resolver. Destacan los consentimientos a la grandes inequidades, a la falta de acceso a los servicios de un a importante proporción de la población sin cobertura provisional que llega al 70% y al ineficiente uso de los recursos del sector, esta situación no puede continuar porque impide o posterga para un importante número de peruanos la posibilidad de disfrutar de los beneficios que empiezan a producirse por las mejoras en el campo económico y porque retardan el desarrollo humano sostenido.

## **HACIA LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN EL PERÚ**

Tenemos plena conciencia de los problemas de salud que afectan a nuestra población en particular a los sectores más pobres y planteamos que la reforma es un modo nuevo de pensar la realidad y actuar con una lógica de tiempos e intervenciones que finalmente nos beneficia a todos pero particularmente a los más pobres. Es preciso llevar a cabo transformaciones cualitativas e todo sector, en eso consiste la reforma, en modernizar, en reestructurar, en transformar y generar una nueva salud pública; se trata de replantear las reglas básicas que rigen producción, la previsión, las responsabilidades, las obligaciones y las relaciones que los agentes de salud tienen con la población, con el gobierno y con el Estado.

Como referentes que orientan la reforma de salud en coherencia con la modernización del Estado mencionaremos las siguientes:

**Desarrollo de una ciudadanía moderna.**

La organización y funcionamiento de todas las instituciones, especialmente las de gobierno han de estar orientadas, fundamentalmente a hacer respetar los derechos de cada persona reconociéndolo como ciudadano pleno con oportunidades para el desarrollo de sus capacidades y el cumplimiento de sus responsabilidades.

### **Profundización de la democracia.**

Las reformas que viene aplicando el gobierno habrán de profundizar las condiciones que aseguran cada vez una mayor participación directa de los ciudadanos en las instituciones públicas y privadas, a efectos de avanzar en la construcción de una auténtica democracia.

### **Desarrollo de Nacionalidad,**

Las reforma buscan consolidar la unidad enriquecida por nuestra diversidad, superar las diferencias ecológicas sociales o culturales impulsando los derechos, expectativas y deberes de todos los habitantes del país habiéndose la afirmación de nuestra nacionalidad.

### **Desarrollo de la paz,**

El proceso de reforma del Estado ha de sentar la bases para la satisfacción social en el respecto de los derechos de los individuos y de sus intereses colectivos.

La reforma del sector salud tiene valores concretos que la impulsan y que constituyen permanentes principios de acción. Los valores se traducen en criterios racionales, en legitimación de políticas y finalmente en recursos y en acciones.

Los principios que guían el proceso de reforma, son los siguientes:

#### **Equidad**

Se busca que los servicios de salud se brinden de acuerdo a las necesidades de las personas tanto en situaciones de salud como de enfermedad, que el subsidio de la atención brindada sea proporcional a la capacidad de pago de las personas.

#### **Universalidad**

Implica la posibilidad de acceso a los servicios y programas de salud, independientemente de sus condiciones socioeconómicas, de su localización geográfica y de sus características etnoculturales.

Se aspira a que el cuidado de salud esté al alcance de toda la población.

#### **Solidaridad**

En el escenario de la reforma las personas y los grupos con ventajas relativas han de concurrir en apoyo de los que menos tienen, esto significa ir eliminando los subsidios cruzados que transfieren recursos de los que menos tienen a los que tienen más.

#### **Calidad**

Se persigue que los servicios brindados satisfagan más y mayor número de necesidades individuales y colectivas que se produzcan bajo estándares cada vez exigentes y con calidad para asegurar resultados óptimos.

#### **Eficacia**

Persigue que las acciones de salud modifiquen favorablemente el curso de los procesos de salud, de enfermedad y de incapacidad, de manera que, como consecuencia de tales intervenciones, se eleva el estado de salud de la población y disminuyan los riesgos de enfermar y de morir.

#### **Eficiencia**

Busca lograr mas y mejores resultados empleando mejor cantidad de recursos disponible mediante una adecuada elección del tipo de servicios a proveer, así como una mas eficiente producción de los mismos.

## **PUNTOS DE LA REFORMA**

Nuevo marco jurídico para el desarrollo de las acciones de salud:

Se pretende una reforma del marco jurídico en salud que transforme la manera como la sociedad viene atendiendo sus necesidades de salud, que ordene las variadas intervenciones que el exige y que de oportunidad a los individuos y a las instituciones para desarrollar acciones innovadoras.

Nuevas y mayores capacidades de gobierno:

Las instituciones de gobierno en los ámbitos nacional y descentralizado han de desarrollar y fortalecer sus capacidades de liderazgo y normatividad del sector y de formulación y conducción de políticas generales y específicas para dar respuesta a los intereses y preferencias de la población.

Nuevo sistema de cuidado de salud individual:

La reforma en el sector salud establecerá un marco regulatorio y de incentivos en general que promueva y asegure la organización de sistemas provisionales de salud públicos y privados así como de nuevos sistemas de prestación. Estos se organizarán e función a las necesidades y preferencias de los usuarios y se acumularán de la manera más eficiente para complementarse en el aprovechamiento de recursos. Estas mismas condiciones deben promover la competencia entre los prestadores de servicios en un afán de mejorar la calidad y disminuir el costo de los mismos.

Nuevo sistema de cuidado de la salud colectiva:

Las reformas han de sentar las bases para que la asignación de recursos y la acción del estado se orientan a la solución de problemas de salud prioritarios que tengan carácter de bien público o de alto valor social.

Nuevo sistema de financiamiento del cuidado de la salud:

Las transformaciones del sector salud han de promover una real equidad focalizando los fondos públicos en los grupos poblacionales de menor capacidad adquisitiva.

Nuevo sistema de gerencia de servicios de salud:

Los cambios en la normatividad harán posible que se instalen sistemas de gerencia bajo condiciones que permitan una estructura organizativa flexible con unidades multifuncionales orientadas al trabajo en equipo para la solución de problemas y sobre todo que estén dedicadas a tender las demandas y preferencias de los usuarios.

La reforma busca construir una nueva política de salud que valore al individuo, afirme la rectoría del estado en el campo de salud y mejore la provisión de servicios de salud, para ello se propone dar cumplimiento a los siguientes lineamientos:

Primicia de la persona Humana sobre las instituciones del sector poniendo a estas a su servicio, por ello se propone como acción del estado promover y defender los derechos de la persona en el campo de la salud por medio de:

- Fortalecimiento de la capacidad del ciudadano
- Rendición de cuentas al ciudadano
- Resarcimiento y
- Ejercicio de la libre elección.

La modernización institucional y el fortalecimiento de las capacidades de gobierno en la autoridad de salud mediante reestructuración del Ministerio de Salud y de los organismos públicos descentralizados del nivel central.

Descentralización de competencias a las autoridades de salud del nivel regional y local con transferencia de los recursos financieros necesarios para cumplirlas y plena autonomía en la gestión.

Separación de las funciones de gobierno, de las funciones de prestación de servicios, se busca dotar de mayor capacidad de gestión a las entidades o redes prestadoras de servicios de salud de manera que puedan tener progresivamente una mayor autonomía en su gestión mejorando la eficiencia y calidad de los servicios y complementando sus servicios con aquellos de otros prestadores públicos o privados.

Otorgar prioridad a las acciones y a la asignación de los recursos públicos en el campo de la salud colectiva para todos los peruanos y dirigir localizadamente el subsidio público a la población de menores ingresos. El estado en materia de salud asume como su responsabilidad principal garantizar la salud colectiva y para ello destina de manera preferente los recursos públicos para prevenir y controlar riesgos, enfermedades y promover cambios en la cultura sanitaria de la población.

Buscar mayor eficiencia y calidad en la prestación de servicios, para ello se propone la separación de la función de financiamiento de la función de prestación de los servicios de salud a fin de orientar los fondos públicos donde sea posible y deseable, al financiamiento de la función de prestación de los servicios de salud a fin de orientar de los servicios de salud individual en coparticipación de los usuarios con el objeto de asegurar un mayor rendimiento de los servicios como ya hemos señalado, en el caso de las personas indigentes el estado asumirá los costos.

La nueva modalidad de compra de servicios a los establecimientos permitirá que estos pasen a financiarse con los ingresos procedentes de su producción y no de presupuestos históricos de manera que sea un incentivo real a la productividad y calidad.

Diferenciar y separar el financiamiento para los servicios de salud colectiva de aquellos dirigidos a la salud individual se vienen diseñando paquetes de salud colectiva y paquetes de atención individual lo que permitirá dirigir los fondos públicos al financiamiento necesario de la salud colectiva, e ir focalizando los paquetes de salud individual en los grupos de menores recursos.

Recuperación y puesta en operación de los establecimientos de salud con la preferencia en primer y segundo nivel de atención básica poniendo énfasis en mejorar su capacidad resolutoria.

Promover la corresponsabilidad del estado, de las instituciones de la sociedad civil y de los individuos en el cuidado de la salud.

Propiciar crecientes niveles de aseguramiento personal de los individuos y de sus familias proponiendo a la cobertura

universal.

Promover la complementación tanto de los sistemas provisionales en salud como las redes prestadoras del IPSS y de los servicios privados y estimular una mayor competitividad entre los servicios de dichos subsectores.

La nueva misión del Ministerio de Salud ha sido definida de la siguiente manera:

Promover y mejorar permanentemente los servicios de salud individual y colectiva mediante su adecuada supervisión, la emisión de normas para su eficiente organización y desarrollo así como la movilización y uso racional de recursos con la finalidad de garantizar el acceso universal a servicios de salud con equidad, eficiencia y calidad y el mejoramiento sostenido del nivel de salud de la población.

Las inversiones en infraestructura y equipamiento de los servicios no resuelven los problemas globales que hacen eficiente al sector en su conjunto y a los subsectores por separado, estas fallas estructurales del sistema de servicios, tienen su raíz en monopolios, barreras de acceso, ineficiencia, falta de estímulos a la competitividad y a la calidad que concurren a acentuar las inequidades del sistema.

## **ALCANCES DE LA LEY DE MODERNIZACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL PERÚ. OBJETIVOS DEL DECRETO LEGISLATIVO 886**

Este decreto Legislativo implica la noción de seguridad social amplia y general, el concepto de seguridad social en salud y finalmente el Instituto Peruano de Seguridad Social como organización concreta como uno de los agentes de la seguridad social. Recordaremos el artículo 10 de la Constitución Política del Perú que reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social para su protección frente a las contingencias que precise la ley para la elevación de su calidad de vida.

## **TENDENCIAS ACTUALES DE LA EDUCACIÓN MEDICA EN EL PERÚ CONFERENCIA DEL DOCTOR JORGE CASAS CASTAÑEDA DIRECTOR DE PREGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA**

Vamos a tratar de ver como estamos ahora e imaginarnos para los próximos 5 o 10 años los cambios de la sociedad que van a influir directamente en la Educación Médica y ver algunas propuestas producto de estas reflexiones.

Quería empezar señalando dos presupuestos previos. El primero es ver si podemos hablar de un estilo de enseñar medicina en el Perú, si hay algunos denominadores comunes. Creo que en el Perú hay bastante heterogeneidad como en todo nuestro país con respecto a muchas cosas, pero también es cierto que en el fondo, hay algunos rasgos comunes en la forma en la cual enseñamos medicina. Esta es una idea que ha ido madurando en el lapso de los años, de ir viendo como enseñamos medicina en el Perú, y que tuvo su confirmación casi intuitiva e inconsciente cuando tuve oportunidad de estar en un Encuentro de Facultades de Medicina Mundial en Rottford hace 2 años; en el cual hubo representantes de 80 países. Por razones de mesa de trabajo, de habitaciones, tuve oportunidad de estar con una representante de Mozambique, un portugués, un australiano, un polaco, unos chilenos, y algunos americanos y me di cuenta que efectivamente hay tendencias mundiales, y que en el Perú tenemos algunos rasgos que no son peculiares y quería referirme a lo que yo encuentro un poco como limitaciones; viendo específicamente en el sentido de los que nosotros entendemos como proceso de enseñanza en la parte pedagógica.

En primer lugar quería recordar con ustedes que pedagogía literalmente tiene que ver con la enseñanza de niño, que es ahí donde está concertado lo que de instrucción recibimos habitualmente. El adulto tiene una forma de aprender diferente a la del niño y es interesante que el progreso de todas las disciplinas ha hecho ahora una diferencia importante en los últimos años. Que enseñar niños es diferente de enseñar a adultos, tanto así que hay gente que habla de androgogía para referirse a la enseñanza de adultos, porque la perspectiva del adulto es diferente a la del niño.

Recordaremos que nosotros en las escuelas de medicina recibimos jóvenes que están al final de la adolescencia y cuando terminan, son adultos jóvenes y que no son precisamente del enfoque que se puede tener al enseñar a niños.

El otro reto que tenemos nosotros es que en las escuelas de medicina en el Perú, en general uno de los rasgos del Perú, creo que en el mundo, pero en el Perú esto es bastante acusado, acude lo más brillante de la juventud. En el Perú, realmente uno en casi cualquier región ve a los jóvenes que tocan las escuelas de medicina en el país y encuentra que es lo más brillante de la juventud y eso creo que nos impone un reto muy especial como sociedad. Pero si uno mira por otro lado, el impacto que han tenido la clase médica, hay cierto divorcio entre lo brillante que son los jóvenes que llegan a las escuelas de medicina y los resultados finales que tienen en perspectiva en la sociedad una vez que han egresado. El impacto es realmente bastante restringido. Les decía que estos adultos jóvenes, que además en nuestro país son especialmente brillantes, tienen en el inicio de su formación la necesidad de ciertos límites, de cierto apoyo, de cierta tutoría cercana; pero básicamente el estilo de aprender del adulto joven es como un aprendiz. Realmente es alguien que recibe soporte, recibe apoyo pero aprende mucho de su propia experiencia. Su tendencia natural no es la de aprender sentado en una aula recibiendo clases o dictándose un capítulo sino es por interacción muy directa con la experiencia, con tutoría con experiencias programadas, pero en el cual hay bastante autonomía para su aprendizaje. Hay una guía, hay un soporte, hay direccionalidad del proceso, pero el aprendiz joven más

brillante tiene la necesidad de tener bastante autonomía y libertad en su proceso de aprendizaje y creo que cuando rompemos esta tendencia natural, un poco frustramos la tendencia normal de aprender y recortamos posibilidades y opciones a los jóvenes.

Estos son algunos de los rasgos no para citar lo positivo, sino para citar un poco las limitaciones que tenemos en el Perú. Cuando uno revisa los currículos encuentra alguna característica.

Una de ellas es que el plan de estudios habitualmente es bastante cargado, el número de exposición de aprendizaje es bastante intenso y esto tiene que ver con el crecimiento logarítmico de conocimientos. En la medicina cada 7 u 8 años se duplica el volumen de conocimientos que tenemos en ciencias biomédicas y hemos en los últimos 30 años pretendido ir las incorporando al currículo y esa es una tarea imposible. Nosotros no podemos incorporar al currículo todo lo que la medicina conoce actualmente. Hace 30 años esto era posible, tener básicamente buena parte incorporado al currículo, pero actualmente eso ya no es posible y la estrategia tiene que cambiar radicalmente.

El otro componente peculiar al Perú es que el currículo es rígido, habitualmente sigue un plan de estudios rígido, a diferencia de lo que ocurre en la mayor parte de las escuelas de medicina que están en punta en el mundo; en las cuales la parte libre electiva, diseñada así, es no menos del 30% del tiempo curricular. Es decir, el alumno escoge, en buena parte empieza a escoger, siguiendo justamente esta tendencia de aprendiz joven, en el cual escoge lo que desea tomar. Nosotros tenemos una impresionante rigidez, todos van a hacer lo mismo todo el tiempo y se le corta esta posibilidad de desarrollo.

El otro componente es que es pasivo. Cuando uno habla habitualmente de formación dice “se dictó tal curso”; es muy diferente cuando el alumno es un actor de su propio proceso.

La otra limitación significativa es la fragmentación. Si uno analiza la Neumología, se le enseña varias veces. En Anatomía, en Histología, en Fisiología, en Farmacología se toma algunas cosas. En semiología en Propedéutica, en Clínica, en Internado se toma también, pero no hay un hilo habitualmente, un continuo que recoja, que articule todo el proceso. Habitualmente el que enseña Anatomía conoce lo que se va a hacer en Internado con respecto a esa materia, y el que enseña en Clínica no sabe lo que se está haciendo en Fisiología, pero hay un hilo integrador. Esto en buena parte tiene que ver con que nosotros no tenemos un grupo profesionalizado de docencia en Pre-grado; a diferencia de lo que ocurre en alguna parte de escuelas de medicina del mundo en las cuales hay un núcleo pequeño profesionalizado que se dedica a pensar en el Pre-grado. Hay un número de profesores bastante grande pero el núcleo pequeño es el que tiene la capacidad de articular y dirigir el proceso educativo.

La otra limitación entre nosotros es que la formación es fundamentalmente del paciente hospitalizado. Esto está en contraste con la realidad profesional en que la partida profesional habitual de los que toman el manejo clínico del paciente, el cuidado primario de pacientes que es la mayoría de médicos que egresan, se desarrolla en más del 60% con patología ambulatoria; que es una forma diferente, un tiempo diferente, una epidemiología diferente, es un manejo diferente y uno al egresar en el Perú, va a encubrir esto por tanteo y error. Es decir, como no tiene una experiencia sistematizada en el manejo del paciente ambulatorio lo va a ir construyendo en base a su propia experiencia, algunos lo harán más rápido, otros más lento, quizás en algunas áreas algunos nunca completan el proceso de un manejo adecuado del paciente ambulatorio, porque se han formado básicamente en la línea del paciente hospitalizado.

El otro punto importante es vinculado justamente a la carencia de núcleo profesional en la enseñanza de la medicina. Se evalúa poco, es decir, se programa no diríamos inadecuadamente; las reflexiones para programación se hacen creo en forma bastante intensa, pero la parte de evaluación, de resultados de lo que se programa no es una cosa muy sistematizada, que es importante para ver resultados de cambio y para ver resultados de lo que se está haciendo. Si uno pregunta cuándo fue la última vez que conversó como facultad o como escuela de medicina, cómo está yendo la Anatomía, cuáles son los resultados, probablemente ha habido más de una reflexión de cuándo hacer, cuánto debe durar, pero no de los resultados que se van obteniendo a lo largo del año. Realmente hay poca filosofía, falta una doctrina sobre evaluar.

Y el otro defecto significativo, es que la enseñanza está poco vinculada a la investigación. Esto tiene que ver con la rigidez del currículo. Habitualmente casi en todas las escuelas de medicina hay oportunidades de investigación de diverso tipo: de ciencias básicas, de ciencias epidemiológicas, investigación clínica, y mucha gente tiene interés en hacer esto, pero el estudiante tiene poca oportunidad de integrarse a esto. A veces nosotros decimos que el estudiante debe investigar, pero investigar no es un curso de investigación, es básicamente la experiencia, el paradigma, el contacto con los investigadores, y esto ocurre muchas veces durante estas rotaciones electivas que tienen otras escuelas de medicina, en el cual el estudiante busca naturalmente insertarse en estos canales y vive la investigación y allí es que se forma la investigación. Quizás podemos darles la base conceptual, pero es una experiencia que tiene que vivirse. A pesar de que existe la investigación en otras escuelas, no hemos articulado esto con la enseñanza de la medicina.

Estas son un poco algunas de las limitaciones y quería conversar ahora en esta segunda parte, como percibo que viene lo que ya está aquí a 4 años, el siglo XXI. Los cambios sociales que van a haber, que a mi modo de ver no son sólo cambios cuantitativos, sino que por la intensidad del cambio y por la ocurrencia simultánea de varios cambios importantes, va a producir un cambio cualitativo en lo que es la enseñanza de la medicina.

Lo primero que quiero mencionar es el cambio demográfico. Nosotros siempre lo decimos, lo repetimos, pero ya está

quedando desfasada la frase de que somos un país joven, porque fuimos un país joven hasta hace muy poco. Porque teníamos la estructura piramidal de población anciana muy poca y una gran base de población infantil, pero eso ha cambiado. He visto proyecciones que se hicieron en el 80 para diez, veinte y treinta años y las proyecciones del 80 que uno mira ya con las cifras del 95 eran exactas. La demografía realmente sí tiene la precisión de lanzar hipótesis a décadas adelante y tener muy poco error y si uno ve las proyecciones demográficas para las primeras décadas del próximo siglo, claramente vamos a ser un país en tonel. Una población infantil no muy grande producto de la drástica reducción de la natalidad, de hijos por mujer en edad productiva, una población en edad productiva o la población económicamente activa, bastante grande que son los niños de ahora y en la parte alta de estructura una población de edad, que va a ser el segmento poblacional de más rápido crecimiento, es decir cada día nosotros vamos a tener más y más gente de tercera edad y eso introduce un cambio muy importante en lo que es la medicina porque vamos a estar expuestos a patología de gente anciana que ya no es el modelo de enfermedad aguda. Hay muchas estrategias de prevención, de comunicación; toda la estrategia para manejo de enfermedad crónica en la cual no fuimos formados nosotros mismos. Cuando era interno las salas de medicina era básicamente de gente joven, ahora cuando uno hace una ronda en la sala encuentra pues cada día gente mayor y ese proceso se va a profundizar drásticamente; entonces, tenemos que cambiar la forma en la que estamos viendo esa parte de la medicina.

El otro aspecto que está cambiando es el de la Globalización, lo que se ha llamado la Tercera Ola. Eso va a producir un cambio dramático en la sociedad y va a alcanzar a la medicina. Como ejemplo de esto es lo que me comentaba un economista sobre Uchurahay, una comunidad campesina peruana que se hizo famosa en la década del 80. Este economista presentó un proyecto de micro desarrollo y encontró que en la comunidad habían instalado un microondas y tenían generadores y tenían una microcomputadora, y la microcomputadora estaba enlazada a Internet con microonda; ellos trabajaban con Internet. Ya que ahora el manejo de una microcomputadora es de baja complejidad los campesinos han empezado a entrar con programas agrarios, reciben información meteorológica en forma muy experimental. Este economista me comentaba en tono irónico, que los miembros de la comunidad tienen acceso a consultar sus problemas de salud con Chile, con Argentina o con Estados Unidos. Entonces ustedes ya no están compitiendo entre sus egresados de medicina; están compitiendo con el mundo, porque no me sorprendería que la comunidad profundice esto y así como tienen su comité agrario y tienen su comité de salud, decidan invertir un poco más en esto que son inversiones de bajo costo y empiecen a tener acceso a información de salud, a consultas, a programas interactivos en las cuales hay respuestas tipo enciclopedia, pero con la diferencia de que son interactivos, con ritmos de manejo y algo de decisiones de salud. Me quedé pensando, realmente tiene razón, esa es la globalización, el mundo se ha empequeñecido y va a seguir haciéndolo, y cada día la parte de fronteras se está derrumbando y nosotros vamos a entrar a un mundo totalmente globalizado, que va a tener un impacto, ya está teniendo un impacto en lo que es el servicio de salud.

El otro cambio creciente, que es de estas décadas y se va a seguir profundizando, a mi modo de ver, en los siguientes años, es que las decisiones importantes de salud se están haciendo corporativas. Es decir, la relación médico paciente uno a uno en que el paciente escoge libremente su médico y hay una relación muy estrecha que engloba todas las decisiones de salud, está en drástica disminución porque cada vez más el usuario de salud va hacia tener un seguro, una institución que le presta servicios, empezando por la misma seguridad social, y el médico ya no depende de un ejercicio libre de la profesión. Es decir la profesión liberal va a empezar a pasar, si ya no lo ha hecho, a la de empleado o asalariado o es fuerza de trabajo de una corporación que brinda servicios de salud. Ese modelo que en el mundo, por razón de reducción de costos, ha tenido un crecimiento tan grande entre los 60', 70' y 80' (en los 90' efectivamente los costos se han reducido y se ha corporeizado la medicina), es una tendencia mundial a la que el Perú no va a poder escapar. Mas aún dentro de este entorno de globalización, las decisiones ya no van a ser las clásicas médico paciente, sino van a ser corporaciones de corporaciones, es decir corporación de asegurador, un broker, hablando con una institución prestadora de salud, la pregunta que queda allí es: ¿El médico va a participar en esas decisiones?. Justamente esa generación brillante que es una parte tan valiosa de nuestra sociedad va a estar inserto, inmerso en estas decisiones o van a ser decisiones de corporaciones, de economistas, de contadores, de planeadores, los que van a tomar el comando de esto, es decir, si no tenemos la opción de formar la nueva generación en una mentalidad diferente, de gestión, de comprensión, de todo lo que implica manejo de corporaciones vamos a estar al margen como clase médica de las grandes decisiones que se den en el tema de salud a este nivel.

El otro punto importante de nuestra realidad es que el volumen de médicos que están egresando del país tiene en estos años un excedente cuyo impacto global se va a ver en los próximos años y realmente vamos a empezar a entrar al entorno del desempleo, del subempleo abierto a nivel médico, que es una cosa que ya uno la ve ahora, actualmente ya hay claras señales de este proceso pero en los próximos 5, 10 o 20 años esto se va a profundizar. Las respuestas sociales a esto ya las conocemos en el país. Ocurrió hace 30 años con la abogacía, hace 20 con la Psicología y Economía y es de que la sociedad empieza a estratificar a los médicos, ya el título per se no es suficiente porque simplemente hay un excedente; entonces se ven en la necesidad las instituciones, el mismo paciente, de empezar a tratar de seleccionar, escoger, segregar a los médicos, y entre las respuestas sociales que puede uno imaginar para los siguientes años es que la sociedad tome cartas en el asunto, si las mismas universidades no lo hacen. Porque ustedes recuerden que nosotros extendemos los títulos a nombre de la nación y esta es una situación peculiar porque tenemos la condición de juez y parte, si uno mira la situación de un modo muy crítico; porque formamos y el producto lo

calificamos nosotros mismos y damos el título a nombre de la nación. Esta situación, esta coyuntura, puede hacer que este modelo que este modelo ya no tenga viabilidad social y la sociedad empiece a demandar que haya un sistema de acreditación como existe en muchos sitios en que una institución forma y otra evalúa si el profesional está apto profesionalmente. Muchas veces lo hace el gobierno, entonces eso es muy normal en muchos sitios. Entre nosotros esto todavía no se ha tocado, pero creo yo que es una posibilidad que se da y probablemente todavía estamos en la opción de hacerlo nosotros mismos antes de que la sociedad decida hacerlo.

Hay una crítica creciente en la parte de medicalización entendida, está en el sentido de que la salud se reduce a la parte médica. Si los egresados no entienden (nosotros mismos no entendemos), que la salud es algo más allá que lo estrictamente médico, sino que tiene una variable más amplia y cuyo impacto puede ser muy importante en términos de salud y esta es una comprensión social creciente. La forma de ver la salud reducida a la parte medicalizada es también una variable que nos va a demandar la sociedad, y esto mismo ha hecho que empiecen a florecer, siempre ha habido pero hay un desarrollo muy grande, de alternativas de salud no médica, que están vinculadas fundamentalmente a la incompetencia de la medicina para ofrecer una respuesta integral a las inquietudes de salud de la población en la medida de que nosotros no podamos convencer, comunicar y recuperar lo mejor de lo que es la relación médico paciente; que las hemos ido perdiendo en buena parte porque nos hemos enfocado más en el desarrollo tecnológico. En los años 30 o 40 mucho de lo que tenía que hacer el médico era tener un gran oído, una gran oreja, para escuchar, para entender al paciente, para seguirlo, para estar en la cabecera de él. En las últimas décadas con el explosivo desarrollo de la tecnología nos hemos concentrado más en la tecnología y con ello hemos transmitido eso a nuestros estudiantes. Yo creo que ese aspecto tecnológico que es valioso en la medicina debe ir acompañado de la parte realmente intrínseca de la profesión del médico y creo que esa es una bandera que no debemos arriar, es decir mantener eso y creo que esa es una de las razones por las cuales las alternativas de salud no dependientes de medicina directamente están floreciendo.

Y ahora quería reflexionar con ustedes, como podríamos imaginar un poco el proceso hacia la próxima década, con respecto a todos estos cambios que, a mí me parece, van a tener un impacto mayor en la forma en la forma de enseñar medicina en el Perú. Quería recordar con ustedes, que el dinosaurio, demasiado estructurado, adaptado a un solo ambiente, en el momento en el hace 20 000 millones de años el medio cambia radicalmente en el planeta, es incapaz de adaptarse. Es decir, el dinosaurio parece después de haberse podido adaptar tanto porque el medio cambia y el ya no está adaptado a cambiar, entonces quienes heredan el planeta son los mamíferos.

Hace 70 millones de años los mamíferos eran simplemente del tamaño de ratones, de allí se dan toda la rama de mamíferos desde jirafas, ballenas, monos, hasta el ser humano, etc., es muy pequeño, pero altamente adaptable, móvil, rápido, de sangre caliente, capaz de adaptarse a nuevos ambientes. Traigo esto como casi una caricatura, porque nosotros estamos entrando a mi modo de ver a un cambio muy importante en la forma de enseñar medicina y si no tenemos esta capacidad, pues va a pasar con las instituciones como pasan con todas las que no pueden adaptarse a los nuevos tiempos, son reemplazadas por otras y creo que la primera forma de hacerlo es profundizar nuestro análisis y comprensión del entorno próximo, ver un poco hacia delante, tratar de imaginarnos dentro de cada uno de nosotros, dentro de cada institución, dentro de cada entorno regional, local los cambios del futuro próximo para anticiparnos a ello. Creo que los esfuerzos de planificación hacia el futuro especialmente por lo que yo percibo, van a hacer cambios mayúsculos en las instituciones que forman médicos. Es una necesidad, y creo que las instituciones que apuesten por eso son las que tienen mayor chance de sobrevivir y prosperar en el próximo siglo.

El otro punto importante es la estructura del poder en la universidad. Este es un aspecto político, pero quería verlo simplemente como una reflexión técnica. En nuestras universidades el poder está fragmentado, es decir existen una serie de instancias que tienen bastante autonomía y funciona un poco como Francia del siglo X, es decir, feudos. No hay un poder centralizado, no hay una conducción hacia delante porque cada uno tiene demasiada autonomía y es difícil llevar una institución, hacerla navegar por mares en tiempos difíciles, si no hay un timonel que sepa claramente a dónde quiera ir y no solamente saber a dónde quiere ir, sino hacer ir el barco hacia donde uno quiere ir, eso implica que toda la tripulación pues siga un comando, y si no lo siguen, vamos al norte y no vamos al este, entonces se amotinan y un grupo quiere al este y otro grupo quiere ir al sur, entonces obviamente el barco no se va a mover mucho y creo que para tiempos difíciles esto va a ser una, debe ser una reflexión colectiva, no solamente del núcleo que dirige la universidad sino una reflexión que convenza a la mayoría. Una vez escuché a un consultor extranjero cuando le explicamos un poco sobre algunos planes curriculares de que necesitamos integrar la Cirugía, la Clínica y la Radiología cuando estábamos enseñando la parte de cardiología por ejemplo y que cada departamento quería apostar por la articulación, entonces decía: yo le propongo una salida, creo que el decano debe tomar los tiempos, reducirlos nombrar a la gente que le parezca más idónea para conducir el proceso y una vez que haya hecho eso debe buscar un país amigo, una embajada conocida, tener sus papeles al día para exilarse, porque una vez que haga eso, va a tener que exilarse. Un poco lo decía para magnificar lo que él percibía también, como es la dificultad de llevar adelante un proceso muy enérgico, porque dijo el instituto de poder es así, en otras instituciones que las podemos mirar como buen ejemplo: el decano decide nombrar un jefe de departamento, si es eficiente lo mantiene, sino lo cambia y busca otro jefe de departamento, es muy como un equipo de fútbol, si este medio campista es bueno lo mantengo y para que no se vaya lo estímulo y lo profesionalizo, eso es importante.

La otra reflexión la había mencionado antes, la necesidad de tener un núcleo docente profesionalizado, que

probablemente sea un grupo pequeño. El entorno de amateur con la que nos hemos movido en las escuelas de medicina, porque casi el bloque de la enseñanza es con gente a tiempo parcial que lo hace un poco como hobby, ha pasado. Yo creo que las instituciones amateurs como éxito en el mundo globalizado ya están en extinción. Las olimpiadas nos han demostrado que ya ni en las olimpiadas existen amateurs, que justamente el mejor corredor de 100 mts es un profesional, porque profesionalmente se dedica a hacerlo lo mejor posible, entonces las instituciones que profesionalicen núcleo docente van a tener una gran ventaja competitiva contra con la que mantenga un esquema de amateurs, esa es una realidad mundial nos guste o no nos guste.

**PROYECCIONES EN EL DESARROLLO CURRICULAR EN MEDICINA  
CONFERENCIA DEL DOCTOR JOSÉ M. ÁLVAREZ MANILLA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y SERVICIOS EDUCATIVOS  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO**

Las proyecciones en el desarrollo curricular se basan en usos y costumbres que consolidan hábitos. Es lo que podríamos llamar lo de facto, frente a lo de Yuren, frente a lo declarado, a lo pretendido y a lo establecido en la parte formal, en lo escrito; tienen una operación y una vigencia. La realidad es la que realmente contribuye a modelar al alumno, es un área de autonomía relativa, porque, porque es allí que con frecuencia se estrellan los cambios de plan de estudios; es decir, la práctica docente puede ser la tumba de las innovaciones. Sabemos que desde principios de siglo ha venido depurándose una tecnología para el desarrollo de hábitos, sabemos que los hábitos son de las conductas psicológicas que una vez establecidas se repiten en relación con aquellos condicionantes del hábito y como frecuentemente están relacionadas con los ambientes de trabajo, con los ritmos del día o circadianos, el hábito se instala y se instala muy sólidamente.

La tecnología que más ha tenido problemas para desarrollarse es la del desvanecimiento de hábitos, basta pensar cuan grande es el componente del hábito en el hecho de fumar, es un componente muy importante, yo no sé si más importante que el de la acción bioquímica de los componentes del tabaco, pero el hábito es un elemento desencadenador muy importante del hecho de fumar. Significa que va a estar este hábito produciéndose automáticamente, sabemos muy poco de cómo desvanecer este hábito al igual que cualquier otro hábito, a veces, por ejemplo la parte que es el componente habitual del alcoholismo, alcohólicos anónimos por ejemplo, tiene una gran potencia en deshacer esos hábitos, nunca va a lograr deshacer el factor bioquímico y lo sabe el alcohólico que no puede volver a tomar una copa porque va a volver a redundar.

Bueno, la práctica docente descansa fundamentalmente en los hábitos, y muchas veces no basta solamente con la prescripción de lo formal del cambio. Hay que destruir, cambiar, convencer, en alguna forma influenciar el cambio de hábitos entre docentes que es el que ejecuta realmente el currículo y es el que realmente está en contacto con el alumno y el que produce los aprendizajes reales.

Todos estos componentes tienen relaciones, la cosmovisión o lectura formal, la infraestructura y la práctica docente interactúan entre sí. Estas relaciones en sí debieran ser armónicas para que tuviéramos un sistema curricular que funcionara. Debería haber armonía entre lo declarado, lo que se quiere, los grandes propósitos, con la estructura formal o lo que se representa por escrito, con el ambiente donde se produce el aprendizaje y con las prácticas docentes. Pero lo que ocurre es que frecuentemente esas relaciones no son de armonía, no son de colaboración, sino por el contrario son relaciones de tensión. Entonces tenemos las incongruencias entre lo que es la práctica docente con el resto de los elementos. Por ejemplo, la cosmovisión se declara que se quiere hacer un médico general o familiar y sin embargo en la práctica docente se le enseña a través de docentes especializados y se utiliza la infraestructura hospitalaria para ese tipo de enseñanza. El hecho fundamental que trato de destacar es que con frecuencia esas relaciones entre los componentes curriculares no son armónicas y es cuando tenemos las contradicciones entre lo que plasmamos en el plan de estudios que resultan una cosa totalmente diferente cuando el egresado sale a practicar la medicina.

Cuáles son las consecuencias de todo esto. En primer lugar podríamos decir que se declara algo y se educa para algo diferente.

Se gastan tiempo y recursos en cambios que no operan. Así se ha llegado a la aseveración de que las escuelas generalmente dedican una gran parte de sus esfuerzos y tiempo útiles de sus directivos en producir ese tipo de cambios en la estructura formal, en el plan de estudios que generalmente no operan porque no se traducen en cambios en la práctica docente.

Se usan espacios inapropiados y se privilegian aprendizajes no buscados, y generalmente no se toca a este factor, me refiero a la práctica docente; permanece intocada cuando es en realidad el determinante en la producción de los aprendizajes reales.

Volvamos a hacer un repaso de los elementos desde otro terreno, surgen algunas preguntas por ejemplo respecto a la Cosmovisión:

¿Cuál es el terreno de la medicina?

¿Es la salud?, ¿Es la enfermedad?. Aquí hay una discusión que viene de fines de la Segunda Guerra Mundial, en la

cual la pregunta es si el campo de acción del médico es la salud o la enfermedad. El médico se ha adueñado de la palabra salud cuando en realidad lo que está haciendo es la atención médica enfocada a la enfermedad, pero al mismo tiempo ocurre que bloquea, es decir pone al sistema en período refractario, no admite las prácticas reales de salud. Se dice, estamos haciendo acciones de salud cuando se están haciendo acciones sobre la enfermedad. Hay en este caso todavía un gran terreno de clarificación por parte de la medicina, porque si la medicina no está dispuesta a asumir las acciones de salud positiva, entonces tendría que dejar el campo libre para que otras profesiones fueran a acertar. Si por el contrario la medicina está dispuesta a asumir las acciones positivas de salud, tendría que cambiar sus estructuras formales, planes de estudio, las cifras y estructuras donde se realiza el proceso y muy particularmente la práctica docente hacia las prácticas positivas de salud. Pero esto no puede quedar en la definición, y no quiere decir necesariamente que deba inclinarse por una cosa o por la otra. Simplemente definirse si va a abordar positivamente los aspectos de salud, perseguirlos efectivamente y no hacer una acción cosmética. Si no los va a asumir dejar que otras profesiones lo asuman y lo realicen porque de todas maneras dentro de los escenarios una de las cosas importantes que se plantean a nivel internacional es el cambio de paradigmas en los sistemas de salud. El cambio de paradigmas que como fue declarado desde la reunión de alma adax ya la forma como se está abordando resulta insuficiente. Los paradigmas que se ponían en práctica se agotaron y a través de ellos no se va a poder cubrir a toda la población, entonces se requieren otro tipo de paradigmas que cubran a toda la población. Aquí no existe el señalamiento mas que de una necesidad de definición por parte de las facultades de medicina, en conjunto con el sistema de salud, van a cubrir las acciones positivas de salud o se van a limitar a cubrir las acciones sobre la enfermedad.

Por otro lado podemos hablar de la persistencia de normas rebasadas. Por ejemplo, la preservación de la vida a toda costa. Este es uno de los factores que tienen más insistencia y hay algunos estudios que demuestran la gran parcela presupuestal que se utiliza en la atención a personas que tienen una sobrevida de 3 años. Eso se lleva recursos, unas tajadas importantes de presupuesto, cuando en realidad no hay presupuesto suficiente por ejemplo para las acciones positivas de salud, la prevención. Entonces, el hecho de hasta donde puede el sistema dedicarse a la atención de procesos terminales con baja calidad de vida y con una limitada sobrevida sobretodo, es decir, la sociedad lo demanda pero hasta donde es éticamente factible seguir manteniendo aún contra su voluntad pacientes con vida en un momento determinado. Pacientes que limitados a sus propios recursos biológicos no hubieran sobrevivido, son dilemas éticos, morales que se nos están presentando y que tenemos que entrar a discutir como facultades de medicina.

Es importante ver la moralidad en los tiempos que corren, por ejemplo, tenemos el caso de la erupción de la ingeniería genética, el caso muy sonado de la producción artificial con ingeniería genética de la hormona del crecimiento humano y la gran discusión que se dio con respecto a que si se podía vender libremente en las farmacias para el consumo general del público, aún partiendo del hecho de que la hormona no funciona en general para los sujetos normales. La atención a la población son dilemas que de una u otra forma tienen que ser puestos a la discusión abierta y que las facultades en algún momento van a tener que tomar posición respecto a ellas. Lo que si podemos avizorar es la necesidad de una nueva cosmovisión, en la cual la calidad de vida sea privilegiada con respecto a la cantidad. El crecimiento de la población en la tercera edad es un factor que está tomado por sorpresa a muchos de los países en los que el área geográfica en la que vivimos, me refiero a Perú y México, de alguna forma tienen un nuevo elemento que es el número de personas que llegan a la tercera edad. El número de personas que llegan a la tercera edad pues no tiene otra forma de ser abordada que no sea la atención primaria de salud, no como un sucedáneo a la medicina de alta tecnología y alta especialidad. No es eso de lo que estamos hablando, es una nueva tecnología de cuidados positivos de salud, basada en la prevención del riesgo, podría yo decir hasta una alta tecnología en este sentido, y no hablamos de una atención precaria o una atención primitiva como muchas veces se le confunde, estamos hablando de una atención primaria aún para los grupos de alta renta en los cuales los riesgos puedan ser prevenidos en el momento en que son prevenibles y no actuar sobre daños cuando estos están condicionando una calidad de vida pobre. Estamos en presencia de nuevos paradigmas y nuevas tecnologías. Por ejemplo, el enfoque con base en riesgos, basado en la micro epidemiología que es la parte de la epidemiología que nos permite estimar el riesgo personal no únicamente el riesgo poblacional sino para un sujeto con nombre concreto, con imagen concreta, poder hacer el diagnóstico de cuáles son sus riesgos y cuáles son las intervenciones necesarias para atenuar, para cancelar o para modificar los riesgos de los que es sujeto, y hablamos también de lo que ya mencionaba yo, la caja de Pandora que de alguna forma se está destapando a través de la ingeniería genética. Sabemos que estamos despertando fuerzas como el aprendiz de brujo que no vamos a saber si vamos a poder controlar en algún momento.

La otra cosa es el liberalismo que pretende hacer de la salud una mercancía. De alguna forma la parte empresarial es la que parece que va dictando las políticas de salud; se va saliendo del control de los gobiernos del estado en sí. El manejo de la salud y las políticas parece que van a obedecer más a razones de carácter económico mercantil que de un estado de bienestar, que regule y asegure su gobernabilidad a base de regular una equidad en la recepción de beneficios a través de la institución de salud.

Respecto a la estructura formal en el currículo, en el plan de estudios, podemos señalar en primer lugar un agotamiento del poder, en realidad en el modelo. Es un modelo que crece por yuxtaposición, de alguna forma el

currículo a partir de la escuela medieval que haría la cátedra prima de anatomía y la parte médica, ha ido yuxtaponiendo asignaturas a medida que ha venido produciéndose el desarrollo científico; pero en realidad este modelo de yuxtaposición llega un momento en el cual se satura, no es posible seguir introduciendo nuevos conocimientos a base de agregar nuevas asignaturas. No es posible tampoco cancelar la llegada de nuevo conocimiento necesario para la práctica de la medicina porque el espacio ya está ocupado por las disciplinas antiguas. Es lo que señalo como agotamiento del modelo de agresión, del modelo de yuxtaposición de disciplinas. No es posible seguirlo manejando de esta forma a riesgo de quedar en un estancamiento respecto a los conocimientos que está recibiendo la práctica actual. Hay una contradicción en lo que se pretende y lo que está escrito en las prácticas, frecuentemente ya nada más en el paso de los propósitos a las maneras decididas formalmente en hacerlo ya hay una contradicción flagrante y hay una paralización del campo cognitivo. Por ejemplo, una pregunta y no quiere decir que yo hago que así sea, porque si la era tecnológica o la tecnología médica basada principalmente en la electrónica. ¿Por qué no es una ciencia básica de la medicina, la bioingeniería?. Vuelvo a insistir, no estoy pretendiendo que lo sea sino es una pregunta que simplemente me hago, al igual que podría yo tomar simplemente, ¿Por qué la micro epidemiología no es una ciencia básica de la medicina?. Porque nos hemos quedado con el esquema tradicional de Anatomía, Fisiología, Farmacología, como las ciencias básicas y no admitimos otra definición de básico o cuando menos la incorporación de otros conocimientos; esto es una pregunta que en mi concepto es importante. ¿Por qué el paradigma biologicista?, a pesar de los esfuerzos que se han hecho para incorporar los factores que no son únicamente biológicos en el condicionamiento de la enfermedad.

Por otro lado surge la pregunta: ¿Qué determina la importancia del lenguaje contextual?. La necesidad de reconocer que en un sistema educativo no todo lo enseñan los docentes; que a veces el aprendizaje contextual es tanto o más importante en algunos casos que lo que enseñan los docentes, entonces ¿Por qué abdicar al control de esta variable?. Sí de alguna forma vamos a valorar la efectividad de nuestra enseñanza en el cumplimiento de los propósitos, cuando los propósitos educativos no se cumplen tenemos que hacer necesariamente un análisis de variables, hay que saber cuando esta explicada por cada factor, cuando está explicada por la práctica docente, cuanto por el aprendizaje contextual, entonces, ¿porqué abdicar al control de esta variable?, aprendizaje contextual, si sabemos que es operativo. Surgen preguntas, ¿se pueden aprender las prácticas de salud positiva en el hospital?. ¿Es posible extender la medicina hospitalaria y especializada a toda la población?. ¿Es posible dar atención con este tipo, con esta magnitud?.

Para contestar la pregunta en que realidad va a ejercer el egresado surge la pregunta ¿ Quién? en la practica docente . ¿Es la ciencia que enseña los " básicos" toda la ciencia que requiere el médico?. Aquí hay un hiato muy importante que no hemos cubierto, tenemos una cierta ceguera de taller en creer que todo lo que esta pasando dentro es suficiente, pero si nos salimos un poco del interior del sistema ¿Podríamos estar convencidos que la ciencia que enseñan los llamados profesores básicos en estos momentos es toda la ciencia que requiere el sujeto?.

Por otro lado, ¿Es la ciencia que se enseña, toda la ciencia que requiere el médico? .

¿ Puede enseñarse la medicina general en ambientes especializados?. Es una pregunta que se reitera.

¿Se puede enseñar al médico general en el hospital?. Es aquí donde vuelve a redundar la necesidad de ejercer control sobre esa variable del aprendizaje contextual a través de manejar la infraestructura donde se educa al médico.

Podemos hablar a lo largo de esta segunda mitad del siglo XX de intentos no exitosos como lo fue la medicina preventiva y social que despertó en la década del 50 muchas expectativas de que se podía cambiar el papel del médico.

La medicina llamada humanística, es un intento de hacer del médico una figura como la que fue, ¿Qué quiero decir con esto?. De alguna manera la potenciación, el incremento de un tipo de ejercicio institucional corporativo, como se hicieron prácticas de atención médica corporativas a través de los seguros sociales y otras instituciones condicionaron una cierta pérdida de la calidad profesional, una calidad o cualidad que era sumamente apreciada por la población. Recuerdo la encuesta que se hizo hace algunas décadas en el sistema de medicina inglés en el cual se estaba explorando satisfacción con su atención médica, y cuando a la población se le preguntó si estaba satisfecha, dijo que no estaba satisfecha y las razones no fueron de carácter táctico. La principal queja de la población es que el médico no tenía tiempo para oírlos; realmente nada más por mera presencia el médico cumple funciones que van más allá de lo técnico. En estos momentos es perfectamente factible hacer diagnóstico por computadora, pero lo que no es posible por computadora es mantener una relación con el paciente.

Y finalmente pues la atención primaria de salud no en el sentido de atención precaria o primitiva, si no de una practica altamente tecnológica que va buscar fundamentalmente acciones positivas de salud. Estos han sido intentos no exitosos.

Evidentemente en el terreno de la Educación Médica ha habido innovaciones como fue la primera que trató de producir un cambio que fue la Case Western Reserve, luego la Universidad de Brasilia que siguió en cierta manera el modelo de Case Western Reserve, Ohio State University que propugnó por la enseñanza basada en problemas, el A-36 en México. Siguiendo el modelo del A-36 en México se produjo una innovación en Nuevo México que busca la enseñanza de la medicina familiar de entrada, no como una consecuencia si no como un factor contextual; y Harvard que también tuvo su intento en este sentido. Estoy seguro que existen otros intentos, no trataré de ser exhaustivo, sino simplemente de señalar intentos de innovación, la mayoría de ellos no son muy exitosos por que generalmente

cuando afectan intereses hegemónicos hay una especie de congelamiento de las acciones y una búsqueda. En un movimiento pendular que llego a la innovación trata siempre de regresar hacia un estado anterior.

El punto fundamental es que hacer. He dado tiempo al planteamiento de los problemas, que hacer en el momento en que tenemos la posibilidad de una evaluación curricular cualitativa. En primer lugar hacer una aplicación del modelo descrito al análisis institucional, al análisis de la propia facultad para plantear o clarificar cada uno de los componentes y cual es el estado que guardan, luego como armonizan o desarmonizan entre sí y que es lo que hay que buscar para armonizarlos, que sería buscar la congruencia entre los componentes, y por último no olvidar que en el abordaje de la práctica docente, al docente no se le pueden imponer cosas, habría que hacerlo participar del proceso en la búsqueda de que haya un cambio de conducta efectivo.

¿Cuáles son las vías de acción?

En primer lugar, creo que algo que hace falta es el diseño del escenario de acción del egresado, no podemos dar por sentado que ese escenario está definido de una vez y para siempre o que no tiene importancia. Debemos tratar de prefigurar cuáles van a ser las condiciones en las que va a tener que ejercer el egresado de nuestra facultad. Hay la necesidad de hacer un esclarecimiento y una aceptación consensual del marco valorativo. ¿Pretende efectivamente la facultad enseñar prácticas de salud? o quiere hacer una buena enseñanza de la práctica de atención médica tradicional curativa. Las dos cosas son válidas pero creo que vale la pena clarificarlo bien, y simplemente hacer un efecto de ocultamiento de un fenómeno cuando en realidad estamos pretendiendo algo diferente. Creo que esto nos puede llevar a la definición del ethos que la escuela pretende formar en sus estudiantes y de los cuales y de los cuales deben ser portadores los egresados. Creo que a partir de ello podemos actuar para describir las competencias laborales, que deben ser las aconsejables que el médico pueda realizar. Hemos encontrado que el análisis de motivos de consulta nos da un buen marco para esa definición de las competencias laborales, y solo entonces creo que podemos estar en posición de abordar o modificar el plan de estudios pero siempre con el efecto de participación y capacitación de los docentes, nunca al margen de esto, las reformas verticales de abajo para arriba, generalmente no funcionan.

Quiero establecer un colofón y es que el cambio curricular, o su ausencia radican principalmente en la práctica docente en primer término y en segundo término en la infraestructura. En realidad la modificación de lo formal en el plan de estudios debe ser simplemente un reconocimiento de lo que se quiere hacer en materia de la práctica docente y de la infraestructura. Estos son algunos de los puntos de vista producto de la investigación y de la reflexión por varios años en este terreno que quería yo compartir con ustedes. Muchas gracias.

**Dr. Oswaldo Zegarra.**

Agradecemos al Dr. José Álvarez Manilla por su excelente exposición. Realmente uno de los objetivos que nos propusimos y por la cual lo invitamos es por su conocimiento técnico sobre los aspectos educativos. Una de las inquietudes de nosotros era exponerlos a un experto en estos manejos curriculares; para discutir conceptos que con mucha frecuencia discrepamos. Pensamos que el currículo es el plan de estudios; el plan de estudio es una de las herramientas del currículo, ya lo mencionó desde el inicio de su exposición: el currículo es sinónimo del camino, carrera es mucho más amplio y finalmente cuando nosotros pensamos en establecer un currículo único para todas las facultades de medicina en el país no es factible por lo que nos ha mencionado al final de su exposición, que depende de los objetivos, prácticas docentes y de la infraestructura que se tiene, de sus recursos humanos, de la realidad donde se van a desarrollar los médicos que forman, etc. Hay muchas variables. Creo que estos aspectos van a poder ser por ustedes tratados en los trabajos de grupo.

Quisiera mencionar con satisfacción que prácticamente con excepción de una delegación que no ha podido venir, están todas las facultades de medicina representadas por su decano y profesores y es de gran satisfacción haber realizado este evento porque aparte de recibir excelente información, como la que estamos recibiendo, nos va a permitir compartir, conocernos mejor y discutir muchos de los aspectos que nos atañen.

**TENDENCIAS ACTUALES DE LA SALUD DE LAS AMERICAS Y TIPOS DE SERVICIOS DE SALUD.  
CONFERENCIA DEL DOCTOR CARLOS CASTILLO  
DIVISIÓN DE SALUD Y DESARROLLO DE LA OPS, WASHINGTON**

Muy buenos días,

Primero permítanme expresar muchos saludos por parte del equipo de trabajo de la División de Salud y Desarrollo en Washington y del Programa de análisis de situación de Salud. Obviamente para nosotros es una excelente oportunidad de poder compartir con ustedes parte del trabajo que estamos realizando en estructurar el Análisis de Situación de Salud en la Región de las Américas que permita orientar algunas estrategias importantes tanto en la

intervención como en este caso de reorientar la capacitación, el entendimiento del personal de salud. Mi presentación va a tratar dos componentes también que no quiero dejar pasar la oportunidad de compartir con ustedes que tienen la responsabilidad fundamental en el país dentro de la capacitación de los médicos, de hablar un poco sobre la clasificación internacional de enfermedades, la décima revisión, el impacto que estará teniendo en los análisis de situación y en orientar y recomendar a ustedes algunos puntos fundamentales de la implementación de esta Revisión. Ustedes saben estamos todavía en la novena revisión, la décima debería de haberse incorporado hace casi siete u ocho años y en este momento esta es un elemento fundamental y por tanto también lo voy a introducir en esta presentación. Obviamente, la articulación que voy a tratar de establecer es que lo que está pasando en los últimos años con la situación de salud en la región de las Américas, tratando de orientar también que está pasando en los países de la región.

Nosotros como organismo internacional estamos tratando de establecer las pautas de la cooperación técnica en este campo y pensamos que es fundamental tener esta retroalimentación con ustedes. En los últimos años el análisis de situación y el impacto de este análisis de situación ha tenido una fundamental relevancia para instituciones de financiamiento internacional, como el Banco Mundial y el Banco Interamericano y voy a exteriorizar algunos de los elementos que utilizan también los Bancos Internacionales con respecto al financiamiento de proyectos sanitarios o de salud. La idea es reconocer también que en el mundo desgraciadamente la región de las Américas ha sido caracterizada como la región como las mayores inequidades en todo el mundo incluyendo África. Nosotros dentro de la Región de las Américas las inequidades y desigualdades son mayores en la Región de las Américas, incluso África y vamos a tratar de mostrar en que medida estas brechas o estas inequidades se están expresando en la población y la relevante importancia que tiene el conocerlas para poder responder a programas tanto de capacitación, investigación como de servicio.

En América Latina 25% de la población en su totalidad está por debajo de la línea de la pobreza es un porcentaje muy alto. Pero independientemente de eso al interior de los países tenemos una mayor inequidad. También queremos establecer que la expectativa de vida ha aumentado dramáticamente en algunos países, y que proyecta una transición demográfica importante, va acorde con los ingresos, y vean ustedes en esta transparencia como a mayor ingreso, vemos también se puede expresar en cada uno de los cortes hay una gran correspondencia entre la capacidad financiera de los países con la extensión en la expectativa de vida de los países. También es importante como se había mostrado y reflexionado en la exposición anterior que estamos ante un cambio fundamental del perfil epidemiológico y del perfil demográfico en la región de las Américas, esta es la utilización de los (DALYs), que son los años de vida ajustado por discapacidad que es un indicador que el Banco mundial ha comenzado a utilizar mucho. En estos momentos estamos revisándolo y tiene problemas metodológicos importantes pero vean ustedes la diferencia que hay entre los países industrializados o llamadas economías de mercado establecidas, América Latina y el Caribe y el África. Hay una composición de una diferencia muy marcada, por ejemplo en África donde la mayoría de problemas son de enfermedades crónicas. En nuestros países que existe una polarización importante, tiene tantas enfermedades infecciosas como crónicas y esto crea una situación única.

La tendencia de la mortalidad infantil con respecto a dos puntos en el tiempo en los distintos países nosotros estamos considerando entre los países del segundo y tercer mundo hay una gran discrepancia entre las consideraciones de la mortalidad y los cambios que se expresan en América Latina, vemos que si hay un cambio, hay un cambio importante entre lo que estaba pasando en los 60's y lo que está ocurriendo en los 90's, este reconocimiento de estos ajustes son necesarios para poder establecer como les había mencionado antes todas las estrategias de trabajo en investigación, docencia y servicio. La organización Panamericana de la Salud ha trabajado un nuevo indicador que es fundamental para poder caracterizar las inequidades en salud. Estos son indicadores que tradicionalmente eran indicadores complejos, actualmente son indicadores no convencionales que tratamos de establecer lo que hemos denominado brechas, brecha es la diferencia de lo que está ocurriendo en la realidad en países que tiene ingresos parecidos, y la diferencia entre la morbilidad y la mortalidad de esos países que tienen el mismo ingreso no es una visión teórica sino estamos comparando países al interior de países que comparten su mismo potencial de riqueza, por ejemplo EE.UU. y Canadá, nosotros no podríamos compararnos teóricamente con estos dos países, bueno, si los podríamos hacer pero la riqueza; vean ustedes el ingreso per cápita de 20998 con respecto a Guatemala que es 2535, el potencial de explicación podría cambiar machismo y lo que estamos tratando de establecer son grupos de países que tiene ingresos parecidos y los comparamos al interior de esos países para ver cuales son las brechas que podrían ser reducidas sin hacer cambio incluso financiero, es decir que el concepto es bastante pragmático, es bastante empírico y podemos considerar por ejemplo que los países, Perú está en el grupo 4 y muchas de las transparencias me voy a abocar entonces para que vean entonces la diferencia de estos grupos.

En una nueva reestructuración que acabamos de hacer el año pasado, Perú cayó un poco más en una caracterización de una recomposición que estamos haciendo de los grupos y podemos observar que está en el grupo 5. La idea entonces para explicar a ustedes en que consiste este indicador que hemos denominado brechas reducibles de mortalidad, ponemos la diferencia que hay entre el país o el grupo de países, la experiencia de ese grupo de países o de país y queda en este caso el grupo 1 que es E.U. y Canadá, la línea basal con respecto a los otros grupos, el grupo 2, el grupo 3, el grupo 4 y el grupo 5 y vean ustedes lo que está pasando, que cuando nosotros hacemos la caracterización de estos países y lo estamos viendo desde los 60s, la brecha no ha cambiado, es decir la diferencia

que existe entre la experiencia de mortalidad de estos países desde los 60's con respecto a los países del grupo 5 o grupo 4, en algunos ha aumentado, quiero decir que nosotros nos estamos abriendo y que estamos hablando de promedios nacionales, al interior de los países del Caribe, tubo un incremento en la brecha, luego disminuyo y otra vez comienza ha aumentarse, estas son brechas que llamamos reducibles porque la situación de estos países, se ha podido lograr dar un cambio en la mortalidad y repito, estas brechas son importantes para ver que potencial importante podríamos nosotros reducir con respecto a distintos países.

Quiero mencionar que por otro lado países como EE.UU., también tiene grandes brechas. Ha EE.UU. y Canadá los hemos comparado con Japón y con Suecia, esta sería la Línea Basal de cero, sería 0. Vean ustedes que con la administración Reagan, Reagan corto todos los programas sociales y la diferencia que estamos observando, esta es la brecha que tiene Canadá, y esta es la brecha que tiene EE.UU. con respecto a Suecia vean ustedes que las brechas a partir de las políticas sanitarias o de salud incorrectas de la administración Reagan, esta brecha ha comenzado en forma dramática a abrirse y podemos ver grandes iniquidades al interior de los EE.UU. por la reforma sectorial equivocada que hicieron, por la eliminación de los programas sociales, por el cambio de las líneas de intervención hacia los grupos más vulnerables. Esto es importante porque nosotros siempre pensamos que países como EE.UU. tienen sistemas bastantes estables, en este momento las condiciones de salud de los grupos marginados es bastante deplorable, hay un incremento de la mortalidad infantil muy pronunciada en estos grupos y para eso me he permitido traerles también lo que sería las brechas al interior de los EE.UU. por raza. Vean ustedes que esta es la tendencia de los 50, hay una tendencia marcada a la disminución de la mortalidad infantil, y esta es el promedio nacional, vean que el promedio de la población blanca es un promedio que está por abajo del promedio nacional y la mortalidad de la población de raza negra es una mortalidad mucho más separada, muy alejada del promedio nacional, una cosa importante que para los 80s, a finales de los 80s, la población negra pudo lograr alcanzar los niveles de mortalidad infantil que tenían los blancos en los 50s, esto es importante que se mantengan las grandes brechas de inequidad entre blancos y negros, en este momento debido a la descomposición de los programas preventivos esta brecha ha aumentado, como les había dicho en las últimas proyecciones que tenemos en el Centro Nacional de Estadística Norteamericana, estamos muy preocupados por este aumento en la mortalidad infantil de grupo postergados y esta brecha nunca ha cambiado, es decir se mantiene por las grandes inequidades que existen entre una población y otra. Si nosotros vemos también que está pasando en este momento, les estoy presentando los estudios de necesidades básicas y satisfechas que se están realizando en todos los países y esta es la experiencia de Venezuela y vemos que dependiendo de la caracterizaron de grupo a mayor necesidades básicas insatisfechas vemos que hay una gran tendencia a existir grandes diferencias entre los grupos que tienen necesidades satisfechas, con respecto a los que tienen necesidades insatisfechas y esta es una curva creciente que se estabiliza en los ancianos. En los ancianos las diferencias no son tan marcadas como son en la población de uno o cuatro años, esto es importante porque recuerden que en muchos países los ministerios de salud hacen programas especiales para disminuir la mortalidad infantil y eso está dado a que este indicador es monitorizado en forma internacional y lo que hacen los países es dirigir estrategias de intervención a menores de un año y postergan la muerte, es decir que aparece ya de uno a cuatro años por tanto ahora los organismos internacionales estamos viendo tanto la mortalidad del menor de 1 año como de 1 a 4 ya que con este artificio se concentran grandes esfuerzos para la mortalidad infantil en este grupo aumenta, vean que la brecha más importante se expresa en estos grupos o en el grupo productivo de 15 a 44 años, este grupo obviamente va a depender también de las condiciones que estén ocurriendo en el país.

Una de las consideraciones que para ustedes en las escuelas de medicina es de especial importancia se que curiosamente o no curiosamente en forma bastante gráfica vemos que las muertes por diagnóstico dependen de la clase social, si ustedes ven que la clases social alta el gran porcentaje de la población muere por diagnóstico, es decir tiene un certificado médico en donde se reporta la causa de muerte y esto va cambiando dependiendo de la clase social hasta una clase social con necesidades básicas insatisfechas muy baja en donde estamos viendo que solo tienen certificación el 40%, es decir, el 60% están mal definidos, es lo que nosotros llamamos códigos basura que nos impiden reconocer exactamente lo que esta pasando con estos, grupos de tal manera que incluso el médico va a tener una visión distinta en su certificación dependiendo de la clase social de la que el paciente tiene, y esto es importante porque afecta machismo la caracterizaron de la situación de salud en nuestros países ya que estos son muy vulnerables, tenemos muy mala definición de lo que les esta ocurriendo y es fundamental insistir en los grupos forzadores de los recursos humanos, y esto tenemos que abocarnos a resolverlo. En países importantes como Argentina, el 40% de las causas de muertes son mal definidas y esto es fundamental por el impacto que tienen. Y esto es por enfermedad respiratoria aguda, hicimos el análisis de género para ver si es que eran consideración solo en hombres y vimos que ajustado por sexo encontramos que en ambos sexos las enfermedades respiratorias agudas, su impacto en todo el país va a depender de la clase social en la que inserta la población.

En Chile, un problema muy serio es el suicidio, es un problema muy importante, la primer causa de años de vida potencialmente perdida en Chile en los grupos adultos es enfermedades mentales y entre los el suicidio y vemos también que hay una gran diferencia de vulnerabilidad entre la clase social alta y la clase social alta por lo menos se suicidaran más. Pero no, los que se suicidan más son los pobres.

En enfermedades cerebro vasculares esperábamos que sea una enfermedad de la riqueza y estamos viendo nuevamente que el grupo vulnerable es el grupo 3 y esto dado por el volumen, no es que se mueran de enfermedades

cerebro- vasculares en si, sino son mas y por lo tanto tienen un gran impacto en los años de vida potencialmente perdida.

Si estamos viendo, y estos estudios lo estamos realizando en todos los países, este es la diferencia que hay, en las muertes en los grupos de barrios pobres y vemos que la diferencia entre el pobre y no pobre y acá ajustados hombre y mujer hay una diferencia, sin embargo esa diferencia existe entre el sexo en términos de volumen pero no en términos de gap.

También quería mencionar algunas enfermedades por ejemplo malaria y este es un elemento importante porque la malaria a resurgido en la región de las Américas. Nosotros tenemos uno de los registros de malaria desde 1959 y vean ustedes que ha habido un crecimiento gigantesco en la incidencia parasitaria anual y yo siempre les digo a nuestros compañeros de Ginebra algunas preguntas importantes con respecto a esto. Este indicador es muy sensible a registrarlo, si nosotros lo registramos más pues vamos a tener una tendencia incrementada, entonces lo que yo he hecho es crear epidemiología de esta tendencia, y la curva de la medición.

Esta curva es la tasa de exámenes anuales de sangre que es la que sirve en el numerador y lo que esta pasando es que no solo estamos midiendo más estamos midiendo menos, de tal manera que si estuviéramos midiendo mas esta curva esta sub registrada, es decir que tendríamos mas casos de malaria que los que están siendo reportados, esto es importante porque la pregunta que yo hago a algunos compañeros de Ginebra es que en mil novecientos, un poco antes de los 60s ellos encontraban en América Latina la Malaria, se gastaron todo el dinero y nos la dejan.

Entonces ahora hay una crisis financiera, es un reto epidemiológico, ver como vamos a enfrentar en los países de alta transmisión, si no hubieran hecho nada quizás la malaria se hubiera eliminado; pero vemos que las acciones que realizaron son terriblemente inadecuadas, una estrategia que no se ajusta a los parámetros epidemiológicos. La malaria de Brasil no es la misma de centro América, no es la misma al interior de Brasil las estrategias globales únicas no sirven porque no se ajustan a las características específicas de los factores determinantes. Probablemente los factores determinantes no son solo el hecho de poder rodear intra domiciliariamente en las casas. Dos problemas ha tenido esa estrategia que afortunadamente hemos comenzado a cambiarla, uno es que asume que el mosquito va a entrar a la casa a picar y en realidad, no necesariamente tiene que ser la transmisión intra domiciliaria. La segunda cosa es que las condiciones de las áreas de transmisión es que no tienen paredes para rociar, entonces a los compañeros de Ginebra se les ocurrió poner una malla de plástico, yo siempre les he invitado a que nos acompañen a Rondonia a esas casas que están selladas con ese plástico para que vean la dificultad que hay de mantener esas casas con el calor, y esta gráfica nos ha impactado muchísimo, es un ajuste ¿Qué es lo que esta pasando con las áreas de transmisión?. Hemos dividido las áreas en alto riesgo, riesgo moderado o bajo y controlado, el impacto que hemos tenido que los países han tenido son en las áreas controladas. En las áreas de alto riesgo lo que ha pasado es que ha crecido, pero el denominador pero el denominador es tan grande que si ustedes ponen algunos millones de individuos en el denominador, baja la tasa pero la baja por que no esta haciendo la corrección y el gran impacto que hemos tenido además de la polución es trabajar en áreas de bajo riesgo o áreas controladas, allí pudimos controlar la malaria, pero con nosotros o sin nosotros podríamos haberlo hecho. También es importante caracterizar que esta pasando con los indicadores a nivel regional ya que nuestra misión institucional es ver que esta pasando a nivel de países y hemos encontrado grandes inequidades a nivel subregional pero estos análisis tienen que descomponerse a nivel nacional y a nivel nacional las inequidades y las brechas son muy superiores. Veán ustedes, esto es para describir que hay una visión regional distinta de lo que esta pasando en Centro América, en el Caribe, en Sudamérica o en Norteamérica que no hay incluso en el crecimiento poblacional un parámetro idéntico que podríamos decir es el promedio de las Américas ya que tiene una gran diferencia interpaíses. En esta gráfica estamos viendo la diferencia entre los 20% mas ricos y los 20% mas pobres en algunos países esta diferencia es de 800 veces esto es impactante de ver que los países donde hay una gran riqueza, por ejemplo en México donde el 20% que tiene esa riqueza versus el 20% que no tienen esa riqueza tiene un porcentaje de inequidad y de desigualdad que ha hecho que se considere a la región de las Américas como la región con mayor inequidad en salud.

Para concluir quiero como decía al principio aprovechar la oportunidad de mostrarles a ustedes que esta pasando con la clasificación internacional de enfermedades y por que es importante que ustedes conozcan estos cambios.

Ustedes saben que por regulación internacional cada diez años tenia que hacer una revisión, casi todos ustedes han trabajado la novena revisión y la décima tienen cambios importantes, los cambios mas importantes entre la novena y la décima es que, los códigos además de la parte general, el titulo cambio, los códigos numéricos que tenia la novena ahora son alfa numéricos por que han ampliado, tienen un componente que para mí es fundamental, este componente es que se han introducido las enfermedades del desarrollo, las enfermedades y condiciones que son problemas de salud y no son enfermedades, este cambio sustancial ha permitido y está permitiendo poder caracterizar problemas importantes económicos, problemas de desempleo, el desempleo es un problema de salud importante, no sólo es un problema económico, y la décima revisión ha introducido por primera vez en la historia estos códigos y obviamente en los usos además del apoyo a las decisiones generales y a la evaluación de lo que esta pasando en salud, esta introducción y aquí pongo los códigos de esta sección que le llamamos personal son riesgos potenciales relacionados con circunstancias socio económicas y psicosociales, esto a involucrado una lucha de por lo menos 30 años, 30 años de pasar del esquema médico al esquema de salud en donde problemas importantes con el empleo y el desempleo están caracterizados también como problemas también de salud que tienen un código. Menciono esto también por que

una de las luchas más importantes que hemos tenido en los últimos meses son, yo en particular como coordinador del programa que se encarga de la implementación a nivel regional, los embates que hemos tenido de los grupos de lobbys apologistas de los EE.UU.. Hemos introducido también una categoría de fumar por segunda mano, y este código obviamente afecta a las compañías tabaqueras y esos lobbys han echado una gran presión y quieren presentar al congreso de los EE.UU.. una moción para que la clasificación, para que la décima clasificación sea eliminada de los EE.UU.. Obviamente es muy difícil que lo logren, ellos están bastante molestos por que han pagado millones y millones de dólares para indicar que fumar no es la causa del cáncer y el hecho esta considerado en la clasificación como ya la causa de mortalidad de algunos de los cánceres, eso ha eliminado el trabajo gigantesco que han realizado las compañías y el congreso tendrá que estar revisando la implementación. En los EE.UU.. no se ha iniciado la implementación de la décima, estamos esperando que el próximo año se introduzca, la posibilidad de tener problemas con el congreso actualmente ya son muy pocas ya que esta es una clasificación que los mismos EE.UU.. ya ha endosado. Para aquellos que tienen ruido y con el polvo contaminantes también han sido introducidos estos códigos, circunstancias que relacionadas por ejemplo con el rechazo social, problema de falta de alimentos hechos negativos de la niñez y para aquellos que tengan discriminación y persecución también esta siendo introducido, y para muchos de nosotros que tenemos una categoría muy interesante que llamamos "sano preocupado". El "sano preocupado" en muchos países va y utiliza muchísimo los servicios de salud y no había forma de codificar el impacto de este grupo de población que utiliza los recursos en forma continua y que en realidad lo que esta pasando es que es un "sano preocupado"; entonces esta forma de trabajar nos va a permitir establecer realmente que esta pasando en los servicios de salud no solo con la visión medicalizada sino también y profundamente con la visión de salud, que es lo que esta teniendo más impacto. Las lesiones, los accidentes, hemos puesto además en esta clasificación cambios en la definición de mortalidad materna, cambios en la clasificación de mortalidad perinatal y para nosotros repito es fundamental que ustedes comiencen a hacer ajustes en la forma de enseñar ya que en todos los países y no creo que el Perú sea la excepción, quizás sea la excepción, uno de los problemas más serios es que las escuelas de medicina no están entrenando en forma adecuada a los médicos de como hacerla certificación y causa básica, con esto yo termino mi disertación para permitir después un intercambio de preguntas y comentarios.

## **LA REFORMA DE LA SALUD Y LA EDUCACIÓN MEDICA CONFERENCIA DEL DOCTOR CARLOS VIDAL LAYSECA RECTOR DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA**

Después de las excelentes exposiciones que me antecedieron, desde la del Señor Vice Ministro de Salud, Dr. Alejandro Aguinaga hasta la inmediata anterior, cerrar con esta charla, la primera conferencia peruana de educación médica, es hacerla un poco diferente y quizás interesante.

Voy a dividir esta conversación con ustedes en tres grandes temas:

1. Perú, país con futuro en salud
2. La reforma y modernización del sector, Decreto Legislativo 887 sobre el seguro social en salud. Verdades, medias verdades y por que no decirlo, algunas mentirillas.
3. Las relaciones entre la educación médica y la reformo o modernización de la salud. Subsidios cruzados, Crisis -oportunidades.

### **1. PERÚ, PAÍS CON FUTURO EN SALUD**

Nuestro querido país , vapuleado históricamente, llegó en 1990, después de sucesivos gobiernos, dictatoriales, civiles y militares, populistas y populistas-tecnocráticos, a una verdadera situación calamitosa en todo orden de cosas, especialmente en salud. Quizás debemos hablar de un deterioro total, sobre todo en relación a las políticas sociales, desempleo, insalubridad y carencias de desarrollo cultural por educación inadecuada e inviable.

Pero nos venimos recuperando quizás muy lentamente para muchos, que condicionan su desesperanza en el futuro inmediato.

En julio de 1990, recibimos un sector en quiebra. No había nada para nadie. Planes y programas irreales y por eso fracasaron y una deuda social tan grande, comparativamente similar a la deuda externa, sin posibilidades de revertirla, de pagarla a los ciudadanos de este país, al cortísimo plazo. Se nos planteaba un dilema: continuar con la paralización o dedicarnos a aprovechar de las oportunidades que se nos brindaban.

Optamos por ésta última. Algunas acciones muy importantes, como la regionalización política del Perú, para facilitar y hacer efectiva la descentralización, los pequeños programas de emergencia que empezaron del Primer Ministro Hurtado y sobre todo con el coraje, conocimientos y una decisión de marcar su paso por el ministerio, de tantos jóvenes médicos, enfermeras, etc. Con formación en Salud Pública o Administración de la Salud, pero con muy pocas

experiencias reales en el trabajo.

Pensando en superar al pasado, iniciamos algunas propuestas agresivas, por ejemplo la liberación de los amarres farmacéuticos, un programa de medicinas genéricas, el desarrollo de un plan quinquenal 1990-1995 basado en la planificación estratégica de una salud, para un país que anhelábamos, en el corto y mediano plazo, pero con visión de futuro.

Así mismo planteamos una propuesta para la reforma del ministerio y la designación de los directores hospitalarios a punto de partida de un tema presentada por sus cuerpos Médicos, por que el hospital no sólo gasta mucho dinero, y es una organización muy compleja sino que es una institución llena de médicos, donde radica, nos guste o no "el poder médico" y por lo tanto se necesita de un Director con liderazgo y capacidades para solventar su desarrollo mediante la reestructuración y empleo de sus ingresos propios, en fin que fuesen capaces de incorporar procesos de autogestión en sus centros de trabajo.

Hago este recuerdo porque siempre creímos que el Perú era un país con futuro en el campo de la salud. Ideas, planes y programas y un excepcional cuerpo médico, tanto en la salud colectiva como en la medicina asistencial, la mayoría con formación de postgrado, jóvenes aún y con grandes deseos de transformar ese conocimiento en realidades, pues yo, ellos también, estamos "enamorado de este país".

Las condiciones especiales de trabajo, con enormes limitaciones económicas pero también con mucha dedicación y esfuerzo, por tratar de sacar adelante la atención de la salud, en el caso de esos profesionales y con una comunidad que por antecedentes era y es participativas, especialmente en los temas de educación y salud.

Todos los ingredientes están presentes para un producto que se visualiza como de grandeza, de verdadera transformación y no de limitadas innovaciones a las que nos estábamos acostumbrando.

Y lo que es de resaltar que todos ellos, los especialistas en medicina asistencial y los nuevos salubristas son "hechos en el Perú".

## **2. LA REFORMA O MODERNIZACIÓN DEL SECTOR SALUD. DECRETO LEGISLATIVO 887. VERDADES, MEDIAS VERDADES Y MENTIRILLAS.**

### **2.1 Razones para una reforma o modernización del sector salud.**

Si hacemos una comparación con los procesos que se llevan a cabo en los países del norte y del sur, las motivaciones fueron diferentes, pero en algunos puntos son coincidentes.

En los países del norte, las propuestas están basadas en la necesidad de la contención de costos y que todos los norteamericanos y canadienses tengan acceso a la salud (en E.E.U.U. Existen más de 60 millones de habitantes sin ninguna cobertura de salud o con acceso mínimo, emergencias únicamente) y mantener la propuesta de la libre elección.

En los países del sur, los modelos de modernización están basados en aumentar la cobertura, abolir la exclusión y buscar la universalidad.

Estamos ante dos fenómenos diferentes, aunque concurrentes, con aspectos antagónicos y otros complementarios.

Podemos deducir económicamente la base de las propuestas, en que unos, los del norte, tienen que hacerlo porque se está acabando el dinero para la atención de la salud (costos altísimos) y en los del sur porque tenemos muy poco dinero para avanzar en la forma como tradicionalmente venían desarrollándose, la atención en estos países.

Debemos ahora señalar que existen dos tipos de reformas en los países del sur y en el Perú en especial.

### **2.2 Reforma Liberal del estado**

Caracterizada fundamentalmente por un retorno al equilibrio fiscal, a casi detener totalmente el proceso inflacionario, para lograr un estado mínimo pero muy eficiente.

En relación a lo anterior se propone desmontar "el estado de bienestar" (considero que ésta es una verdad a medias, porque realmente nunca ha existido este "estado de bienestar" en el Perú), se deberán crear las condiciones necesarias para el desarrollo del mercado en todas las áreas sociales, especialmente en el desarrollo de una cultura diferente, no existencialista sino promotora y con un estado donde la regularización es una de las principales funciones. Redefiniendo las políticas sociales orientadas fundamentalmente a la "lucha contra la pobreza" y haciendo cada vez más eficiente el gasto.

Estas son las principales características de la reforma del estado peruano relacionada con las políticas sociales.

### **2.3. La reforma o modernización del sector salud**

Constituyen una verdadera onda (no quiero hablar de moda) las reformas sectoriales en los países de

América del Sur.

Sus características fundamentales son, la diferenciación de los roles en salud, con un estado orientado a su papel de gobierno o rector del sector y actuando mediante un financiamiento subsidiado, individuo ciudadano que toma decisiones, con conocimiento básico de sus derechos e informado de las características financiamiento central y del papel que juega el "mercado" y un aparato prestador público-privado que proveerá los servicios.

Lo anterior se expresa en un estado que se limita al rol de gobierno y transfiere las funciones de prestación a las otras instancias, estableciendo una lógica de mercados en el aparato estatal, que viene a ser en realidad un "cuasi mercado", por que el mercado en salud es otra verdad a medias, pues no cumple con la lógica del mercado; la mayor demanda en última instancia no es beneficiosa, los prestadores son los dueños del saber y los usuarios son meros objetos de las atenciones médicas y finalmente no existe la posibilidad de opción entre las diferentes formas de prevenir, promover y recuperar (curar) su salud.

Igualmente procura desarrollar las acciones privadas no lucrativas (ONGs y otras como las Universidades con Facultades de Ciencias de la Salud) y las acciones privadas lucrativas, que hasta el momento las experiencias existente son muy reducidas y destinadas a los grupos de mayor poder económico.

En relación a la búsqueda de la participación de la comunidad, lo más valioso son las acciones orientadas a la organización de entes sociales destinados a administrar en forma conjunta con el aparato estatal en los niveles uno y dos (postas y centros de salud).

En relación al financiamiento, considera que el estado debe financiar los llamados "bienes públicos" (prevención y promoción) y otros bienes esenciales para los más pobres, organizados en los llamados "paquetes mínimos de atención".

Todos estos conceptos anteriores son verdades a medias, especialmente estos famosos "paquetes" creados en las oficinas con muy pocos estudios previos de la realidad donde se aplicaran. Definitivamente no pueden cumplir con sus objetivos, en especial la búsqueda de la equidad, porque están basados únicamente en las posibilidades de financiamiento del estado. Así mismo considerar que los bienes públicos esenciales son "para los más pobres", dejando la atención individual al "bolsillo" de esos mismos pobres, resulta definitivamente ilógica.

Promueve los mercados sanitarios y restituye a medias los conceptos de inversión en el sector. Aquí entra a jugar el Decreto Legislativo 887, que reestructura el Instituto Peruano de Seguridad Social y que ha producido tantas reacciones contrarias, todas ellas basadas en medias verdades o mentiras.

Se dice que este decreto 887 elimina la solidaridad en el IPSS, lo cual no es cierto pues esta solidaridad es únicamente entre los derechos-habientes, los que tienen trabajo y sus empresas empleadoras tienen que cubrir totalmente los aportes de sus trabajadores, por lo tanto no existe ahora el "aporte del trabajador" como derecho inamovible, porque estos aportes en el pasado inmediato era el resultado de tener trabajo, creado por el consumo de bienes y servicios, o sea que era un impuesto más. En la actualidad definitivamente el costo de las contribuciones al IPSS al ser cubierto totalmente por la empresa, estos son cargados a los costos y por lo tanto pagados por todos nosotros.

Nunca el IPSS ha hecho verdaderos Programas de Solidaridad Social, ha desarrollado un buen sistema de publicidad para cambiar la imagen institucional, muy bien manejada por sus administradores anteriores.

Decir que el IPSS es el "seguro de los pobres" es una media verdad, ¿realmente sirve a los pobres?. a ese 50 o 60% de la población nacional en calidad de desempleado o subempleado o está solamente destinado a ese trabajador en "condiciones adecuadas de trabajo" (OIT) que tiene un determinado grado de pobreza por los salarios mínimos que reciben, pero de allí a decir que es el seguro de los pobres, hay una distancia muy grande.

Yo considero, y aquí permítanme presentar una opinión muy personal, que el Decreto 887 ha sido insuficiente, modifica en algo las prestaciones cerradas del IPSS, sin volver a la ley de la "libre elección", que fue el fruto de la primera huelga médica nacional y define porcentajes inadecuados para seguros privados complementarios y no alternativos.

¿Por qué no se volvió a la libre prestación actuando el IPSS como financiador de ella, como individual o contratando a las empresas privadas de servicios de salud verdaderas instituciones de seguros de prepago?.

La oposición esta en que muchas de ellas tienen fines de lucro, pero existen otras, entre las cuales la Asociación de las Universidades con los servicios del estado, no tienen fines de lucro pues sus utilidades se reinvierten en su propio personal (pagos por productividad) y en el mejoramiento de la infraestructura.

Posteriormente habláramos de una propuesta concreta de la Universidad Peruana Cayetano Heredia para tener un modelo en la práctica, que denominamos el "Plan de Salud para el cono norte" de Lima

Metropolitana.

Acepto que en una mayoría de profesionales se ha diseminado la aceptación de estos postulados, que llamamos "medias verdades", sin dejar traslucir que una nueva concepción del IPSS sería beneficioso para los ciudadanos y para los mismos profesionales.

No se han preguntado ustedes ¿por qué existen dos sectores tan diferentes y en muchos casos opuestos, uno para los asegurados y otro para los más pobres? ¿Por qué el IPSS ha rechazado, hasta ahora, el trabajo conjunto con el Ministerio de Salud? ¿Será que ellos son los ricos y el Ministerio son los pobres?. Menos mal que en el insuficiente decreto 887 el IPSS va a financiar el servicio prestado por el Ministerio de Salud en sus propios locales de primer, segundo y tercer nivel.

Señalo como insuficiente el decreto 887, porque deberá haber avanzado mucho más, no porque esté contrario a ello. Por favor que ahora no le den contenido político a mis palabras, como viene sucediendo con mi posición y la de los Rectores de las Universidades de Lima, Pacífico y Católica, en relación con la inversión privada en la educación, la cual es principista y no política.

Cuando se dice que el Decreto 887, le "quita la carnecita al IPSS y le deja solamente los huesos", es otra verdad a medias o una mentirilla. Hace muchos años que la organización Mundial de la Salud señaló que casi el 90% de las acciones de recuperación de salud son de mediana o baja intensidad y que por lo tanto su costo no debería ser muy alto. A esto concepto el exdirector de la Organización Panamericana de la Salud, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, le puso cifras y dijo que "si se eliminaran las acciones inútiles (o fuera de contexto) efectuadas en los hospitales, sería posible el financiamiento de la cobertura universal". Entonces compartir este nivel de atención con los prestadores públicos o privados no disminuye, sino descarga al IPSS del financiamiento de estas acciones, que consume la mayor parte de su presupuesto, permitiendo que actué cubriendo económicamente los grandes problemas de salud, por ejemplo la cirugía cardíaca, los trasplantes, la cirugía neurológica mayor, etc.

Las características fundamentales de la reforma del Perú, en un 95% consagra los principios generales por los cuales hemos estado luchando los sanitarios por mucho tiempo, sin ver que se concretasen. Así los valores-principios de "equidad", "solidaridad", "cobertura total", "eficiencia", "eficacia" y "factibilidad", se repiten y se consideran como la estructura básica en la cual reposa la reforma sanitaria peruana. De todas maneras, cuando se quiere plantear nuevas dimensiones de "equidad" como si este valor ético, pudiese discutirse y desvalorizarse. No existe "un poco de equidad" o "la equidad entre los desiguales" forma, como se expresa, una trampa para eliminar las clases sociales.

Los famosos "paquetes mínimos de atención" son un ejemplo de inequidad, ¿Por qué no planteamos la "atención Básica" diferente para cada localidad, para cada nicho ecológico, social, político y cultural. Un ejemplo aclarara un poco mejor este postulado: en los paquetes mínimos no existen acciones de salud mental como en lima metropolitana, en la cual la violencia estructural es un mal endémico, ¿por que son muy costosas! verdad a medias, porque con suficiente creatividad, con metodologías innovadoras, donde la participación de la comunidad juega un papel importante, estos costos se reducirían enormemente. Así mismo se viene discutiendo si la solidaridad es un elemento de progreso o una acción retardataria en el desarrollo de la salud. Esta discusión resulta inútil pues es la base de un seguro de salud universal.

No deseamos repetir los conceptos de eficiencia y eficacia también descritos en la exposición del Sr. Vice Ministro de Salud, pero si queremos ocuparnos de "factibilidad". ¿Cuántos proyectos se han propuestos sin estudio de factibilidad? y lo que es más importante, si existiesen estos estudios no hay recursos internos ni externos que hacerlo realidad. "Salud para todos en el año 2000", "Los Sistemas Locales de Salud (SILOS)" y otros son propuestos que resultan planteamientos ideales o metas que se transforman en "Ideas fuerza".

En resumen la reforma del Sector de Salud, trata de dar cuenta de la deuda social en general y Sanitaria en especial, que ha producido una marcada inequidad y por lo tanto no ha hecho factible la universalidad (Cobertura total).

El objetivo fundamental es llevar a la modernidad al sector en su doble dimensión: La cultural, expresada en el derecho ciudadano a la salud, a un seguro universal (Público-Privado a la manera del Sistema canadiense), en el cual esta implícito los sistemas gerencial, etc. En esta dimensión entran las propuestas, "el plan de salud de la Universidad Peruana Cayetano Heredia para el cono Norte de Lima Metropolitana" y la dimensión tecnológica caracterizada por la eficiencia, eficacia y calidad.

Las dos reformas, la del Estado y la del Sector Salud no debiesen ser incompatibles. A mi modo de ver la gran jugada estratégica es "montar la reforma de la salud sobre la reforma del estado" y aprovechar la oportunidad de los cambios para avanzar la inequidad, universalidad, solidaridad, modernidad en suma, utilizando una de las ventajas comparativas de la lógica del mercado.

Pero, ¿Podemos seguir pensando que vamos a detener este proceso cuando nadie esta satisfecho con el modelo actual y quisiéramos tratar de volver a las propuestas del inmediato pasado?.

En la teoría del "movimiento pendular", estamos en el otro extremo de este movimiento, por lo tanto

debemos mantener los principios fundamentales, ideales sanitaristas de siempre en otra realidad implícita y actuante. ¿Debemos rechazarlos y simplemente inmovilizarnos o debemos utilizar las posibilidades actuales?

Resulta un dilema querer solucionar de una manera pragmática, porque el futuro de nuestros conciudadanos, es lo que debe interesarnos.

Debemos preguntarnos ¿Por cuánto tiempo más tendremos el actual modelo liberal?. ¿poco tiempo si cambia el gobierno actual y regresará el populismo como consecuencia de la oposición indiscriminada? o largo tiempo en función de la globalización financiera y del conocimiento?. La respuesta no es sencilla, pero repito debemos tomar decisiones realistas y no únicamente idealistas, la conjugación de ambos marcaría un hito en la modernización del sector.

### **3. RELACIONES ENTRE LA EDUCACIÓN MÉDICA Y LOS PROCESOS DE REFORMA**

Después de analizar los procesos de la reforma sanitaria, ¿podemos tener la posibilidad de una propuesta, una política, una nueva "forma de dar salud" que nos permita realmente planificar la educación médica?

¿Es posible cumplir el viejo anhelo por el cual se ha tratado de relacionar la formación médica con las necesidades nacionales?. Muy diferente de la vieja propuesta de producir "El Médico que el Perú necesita". Considero que no dejamos pasar la oportunidad expresada por un proyecto preventivo-promocional y asistencial, que constituye la "política" que tanto tiempo no ha existido, pero que nos ha servido de pretexto para una formación inadecuada para los intereses nacionales.

No planteo que la Educación Médica deje de ser igual calidad. Con formación básica y científica, global, pero instruyendo a los futuros médicos en el concepto de "niveles de acción". En otras palabras que su gran conocimiento lo sepa aplicar en cada nivel: comunidad, centro de salud, hospitales. La formación básica y científica le permitirá al médico un proceso permanente de autoformación que caracteriza a un verdadero profesional.

Últimamente ha aparecido el concepto denominado "Administración de la Atención" o "Atención Gerenciada" (OPS-OMS) que ha producido cambios fundamentales en la Educación Médica e inclusive ha creado Departamento de Ciencias de la Atención de la Salud". En función de este nuevo concepto las Facultades de Medicina que lo han incorporado, participan de los procesos de reforma y ayudan a cumplir los principios básicos descritos anteriormente. Un solo ejemplo aclara los que estamos presentando, estas Facultades tienen como objetivo la formación de médicos generales (familiares) de adultos y de niños en el pre y postgrado, sin dejar de formar otro especialista pero en función de las necesidades reales del sistema.

El Ejemplo de lo que sucede en Canadá es muy demostrativo: en primer lugar nadie puede ejercer la medicina sin haber pasado por un proceso de Residentado, pero se tienen tantas plazas de residentes como el número de formados por todas las Facultades de Medicina del país, pero los tipos de Residentado están en función de las necesidades de salud de Canadá, por lo tanto hay un gran número de plazas para médicos generales o familiares y el resto de especialistas se postula de acuerdo con las necesidades y posibilidades de empleo en la red. Resulta muy similar a lo que sucede aquí ¿no les parece?.

La Administración de la Atención capacita profesionales para el sistema reformado y por lo tanto permite su desarrollo, pues los profesionales así capacitados colaboran conscientemente con el sistema y no son enemigos del sistema.

No podemos pensar en esta "Administración de la Atención" es una forma maquiavélica de hacer profesionales destinados a siervos del sistema, todo lo contrario serían conscientes de los principios fundamentales de la reforma, formando médicos que conjuguen la iniciativa, emprendimiento y competitividad motivados con el compromiso social, formando médicos bajo el paradigma de la calidad, pero para todos y no sólo para pocos y teniendo como referente la satisfacción de los usuarios, de los pacientes. Para esto es necesario comprobar en forma permanente su capacidad profesional mediante procesos de licenciamiento, certificación y Recertificación periódica, siendo claves los programas de educación permanente.

Formando médicos y especialistas que aprender a conciliar los criterios científico-técnicos de la atención médica con los criterios de deficiencia social que les permita valorar el costo-efectividad de sus intervenciones, considerando no sólo los costos institucionales, sino también, los costos sociales.

Los recursos fueron, son y serán escasos y nuestra población es mayoritariamente pobre, en este contexto la eficiencia no es sólo un concepto económico sino que pasa a constituirse en una condición ética.

Mediante la Administración de la Atención se formarán médicos capaces de actuar en redes de conocimientos y con la información abierta, mundial, mediante los sistemas de computación adecuados.

Así mismo se formarán médicos capaces de trabajar vis a vis con organizaciones sociales y sus dirigentes, así como con instituciones privadas, con o sin fines de lucro, superando las barreras institucionales y capacitados el recoger las necesidades y satisfacción de la población, pero capaces de negociar y concertar esfuerzos técnico-asistenciales.

Hace ya algún tiempo que venimos repitiendo que en futuro inmediato, los pacientes no serán más individuales (aunque persistan algunos) sino serán "pacientes colectivos" y que por lo tanto debemos estar preparados para esta situación.

La Universidad con Facultades de Ciencias de la Salud, tienen la obligación de participar de estos procesos de reforma. Deben poner su mejor "inteligencia universitaria" al servicio de estos procesos. Una universidad que no participe es una institución que se habrá quedado detenida en el tiempo y está en camino de la obsolescencia.

Para evitar esto, como ejemplo la Universidad Peruana Cayetano Heredia ha propuesto un modelo local (verdadero modelo para armar), integral de la reforma sectorial en el Cono Norte de Lima Metropolitana, con la participación indispensable del Ministerio de Salud, subsidiando a la demanda de los pobres entre los pobres, del IPSS mediante el sistema de la "libre elección", de un seguro de pre-pago de muy baja contribución para los pobres o la clases media existente en la zona de la comunidad organizada, de la sociedad civil (ONGs), de los Consejos Municipales Distritales y con plena utilización de los servicios públicos íntimamente relacionados con los servicios privados, pudiendo actuar la universidad como coordinador de todos estos esfuerzos.

Aquí debo traer a colación la creación indiscriminada de Facultades de Medicina. Mediante la inversión privada en la educación, ¿cuántas universidades con fines de lucro se formarán y muchas de ellas Facultades de Medicina?. Debemos lograr un pronunciamiento para que esto suceda.

Deseo aclarar e insistir que nuestra posición principista evitará problemas que a futuro serán peores de lo que en este momento se presentan.

No habíamos conocido facultades con fines de lucro, salvo aquéllas que con financiamiento norteamericano creaban las conocidas "Facultades de Medicina espurias", para los estudiantes americanos que no lograban ingresar a las Escuelas de Medicina de los EE.UU. Pero piensen que cualquiera que se presenta como promotor o "dueño" de una facultad de medicina podrá hacer de ella lo que le venga en gana, por ejemplo, reducir los años de formación a cuatro años, sin ciencias básicas ni humanísticas, etc. Pues lo mas importante en ellas será tener pocos o muchos estudiantes con pensiones altas que le permitan obtener utilidades.

No podemos permitir que esto suceda, sino reuniones como ésta, de tanta excelencia, quedarán solamente en el recuerdo grato de unos pocos.

Finalmente deseo señalar ante este selecto auditorio que la Salud Pública es diferente de la medicina, no es un mismo concepto pero tampoco son antagónicos, son complementarios. No debemos subsumir la Salud Pública en la Medicina, no debe ser una especialidad de la medicina, porque es una actividad multidisciplinaria y multiprofesional y dedicada a la salud colectiva.

Sólo me queda agradecerles por la atención, esperando no haberlos defraudado, a ustedes y a los organizadores de este evento.

Muchas.

## **PREGUNTAS Y COMENTARIOS DE LOS PARTICIPANTES.**

### **Dr. Carlos Castillo**

La primera cosa importante es que se tiene que hacer un entrenamiento y una capacitación a los entrenadores y a los formadores de recursos en Salud de la masificación. Es importante que las escuelas y facultades de medicina tengan a su vez un entrenamiento para que estén en posibilidades de ofrecer esa capacitación, es algo indispensable, primero porque se ha olvidado la lógica que tiene la misma certificación de muerte y tener cuatro o cinco componentes ha sido algo que no es exclusivo de Perú, es algo que esta en todos los países. Punto uno, nuestro director a autorizado la cosa trágica, ya que los registros y la información en salud es fundamental que tengamos un poco mas de prioridad; eso nos a obligado a reconocer cual es la forma de certificación y estamos en proceso de construir un sistema inteligente en donde aun con una secuencia inadecuada de certificación podemos hacer algunos ajustes importantes como lo hacen en algunos países industrializados, en Canadá, EE.UU.. y muchos de los países europeos la moralidad es automática, esta autorizada. Pensamos que este es un proceso que no va a venir muy pronto a los países de América latina, pero si, la lógica que va a poderse integrar con la décima, en respuesta la organización esta haciendo un programa, un sistema lógico inteligente que va a permitir resolver parte de este problema, pero también es esencial que nosotros podamos ofrecerla y las facultades de medicina ofrezcan a su vez escenarios y talleres de capacitación tanto para los médicos como para los codificadores entonces, en general la respuesta es establecer un elemento muy positivo y muy optimista ya que hemos probado el sistema en algunas otras consideraciones y me voy a permitir indicar que hace unos meses hubo una gran epidemia en uno de los países de Centro América en donde casi todos los genios, incluso del CRC de Atlanta, estuvieron tratando de encontrar un nuevo virus y poder pasar a la historia. Con el sistema lógico que habíamos articulado la primera causa que fue sacada por este sistema fue, LEPTOSPIROSIS, y en general ese fue el diagnóstico adecuado de esa epidemia, lo que les quiero mostrar o indicar es que estos sistemas lógicos, la estructura lógica actual de estos sistemas son mucho mas sofisticados de lo que habíamos pensado anteriormente y nos van a permitir por tanto, tener mayor impacto, en conclusión pensamos que se tiene que dar un entrenamiento, una revisión a los postulados de la clasificación y se va a poder introducir una nueva forma de la lógica de

la certificación, por otro lado estamos revisando todos los certificados ya que una de las cosas que queremos rescatar es el componente de profesión, de etnia. En nuestros países es muy difícil poder considerar el componente de etnia, no tenemos un identificador y pensamos que es uno de los elementos que tenemos que introducir en la certificación.

Está pasando en los países industrializados, pero sí que vean que el déficit de competencia en esta globalización de nuestros médicos, comparados con los médicos de esos países, la brecha de conocimiento se va a ampliar en forma geométrica, ya que el paradigma que nosotros estamos incluso revisando; el paradigma biomédico, para ellos está casi rebasado.

Dos elementos que quiero introducir: todos los grandes clínicos de estas universidades, todos, han estado en un proceso de reentrenamiento en epidemiología y esto está dado obviamente porque el manejo de las enfermedades crónicas es a través de los factores de riesgo y no a través de formas de intervención para curar, no es posible.

Segundo, un elemento que ha impactado mucho a los países industrializados es el resurgimiento de las enfermedades transmisibles. Se había pensado que estamos en una transición epidemiológica en donde las enfermedades transmisibles estaban en proceso de extinción y por lo tanto solo el componente de enfermedades crónicas, actualmente y quiero indicar que en los últimos 6 años la organización revisó 22 nuevas bacterias y virus que tienen gran impacto en la salud pública en la región de las Américas.

Este cambio biológico que está ocurriendo es un cambio fundamental que está ya siendo introducido en la forma de educar al nuevo médico. El médico del país industrializado de los próximos 6,7 años es totalmente distinto al que estamos viendo actualmente. Las técnicas de diagnóstico, las técnicas de manejo van a cambiar sensiblemente, y lo que nosotros vamos a estar enseñando a nuestros superespecialistas son los que a los estudiantes de ciencias básicas del primero y segundo año están siendo ya introducidos, en ese sentido yo estaré tratando de enviar información sobre lo que hemos estado discutiendo en una universidad que tradicionalmente da la línea a la capacitación mundial que es Hopkins, para que ustedes y la Asociación tengan en cuenta cuáles son los cambios, la visión de conjunto que se quiere para el próximo milenio y esto es importante para que veamos como podemos reducir de alguna forma la brecha que va a existir entre los estudiantes de escuelas de medicina y nuestros súper especialistas porque ya no basta siquiera a nivel de médicos.

#### **Dr. Elmer Escobar**

En nuestro equipo de gerentes de OPS es siempre la pregunta. No porque los dinosaurios se extinguieron sino porque las cucarachas sobrevivieron, entonces es importante revisar cuál es el elemento que está permitiendo sobrevivir en esta era de cambios tan importantes.

Actualmente se está compitiendo con un nivel mundial, nuestro entrenamiento por ejemplo más exitoso de hace 6 meses ha sido nuestro primer curso de epidemiología y estadística a través de e-mail, hemos recibido 600 solicitudes de todo el mundo de cómo poder capacitar a través del sistema de e-mail, y nosotros estábamos muy preocupados por la posibilidad de poder realizar y qué impacto iba tener esta capacitación, los resultados

fueron extraordinariamente positivos, es una línea de trabajo de capacitación en donde esa globalización en donde ese networking o vaías de redes, los estudiantes tenían profesores en Hopkins, en Canadá, en Washington, Nueva Orleans simultáneamente de tal manera que sin salirse de esas instituciones recibían por lo menos dos o tres veces por semana un intercambio que fue muy positivo. En ese sentido y compensaría que la Asociación de Escuelas y Facultades de Medicina de Perú podría hacerse un intercambio también con otras asociaciones a través de esa red de capacitación de la alta gerencia, y pensamos por la experiencia que hubo en OPS es un mecanismo de globalización que va a tener una gran importancia en el manejo de la formación de recursos humanos en el futuro.

#### **Dr. Jorge Arévalo**

Sobre la pregunta de los certificados de defunción. Mientras eso no se subsane las estadísticas que nos presenten van a salir muy sesgadas y nada más agregar, ver la forma urgente de que las escuelas de medicina o a través de la OPS o de quien pertenezcan, nos pongamos para entrenar a la como dicen no solo los alumnos sino los docentes. Sucedió algo anecdótico en la Escuela Pública a un grupo de más de cincuenta profesores de medicina, jefes de servicio con bastante experiencia se les tomó un pretest de certificado de defunción y ninguno aprobó y era nada más por el apuro.

#### **Dr. Carlos Castillo**

Yo creo que sí, la respuesta a este comentario y pregunta es que, es fundamental hacer ese ajuste a esta revisión. La forma como estamos nosotros trabajando ahora las estadísticas es haciendo un corrección especial no podemos usar la información directa, estamos haciendo una corrección y una validación a través de dos mecanismos. Encuestas que nos permiten verificar que es lo que esta pasando con la información y que porcentaje de su registro tiene mal definidas.

A algunos de ustedes les habrá sorprendido que Bolivia no tiene registros de mortalidad, pero esa es la verdad, nunca los ha tenido, la capacitación de los capacitados y particularmente las facultades de medicina es fundamental y para nosotros va a ser una prioridad esencial en el 97 dentro de la cooperación técnica.

### **Dr. Jorge Paredes**

En realidad es un poco a complementar lo del Dr. Velarde. El porcentaje de tiempo que nuestros alumnos pasan en postas o en periferia, es muy pequeño en relación al que pasan en hospitales, sin embargo nuestros alumnos cuando son graduados como médicos generales solo tienen la posibilidad de trabajar en postas. Ese es el problema, debemos cambiar la formación o debemos cambiar las estructuras de nuestros hospitales, yo le agregaría a eso, se justifica que nosotros preparamos tan bien a nuestros profesionales en pregrado si después la mayoría de los puestos y hospitales y de postas también van a ser ocupados por especialistas, por el exceso de estos. Y la otra pregunta sería, formamos aunque escasa cantidad médicos generales familiares y sin embargo no existe un solo puesto creado en ninguna de las instituciones de salud, el IPSS, recién empieza a crearlo, para ellos. Como empieza a manejarse todo esto.

### **Dr. Carlos Vidal**

No es una pregunta, es un comentario no?. Creo que eso existe pero no debemos dejar que exista. Mi posición es que todos esos problemas que existen en este momento deben ser solventados con la participación de la facultad de medicina, si hablamos de la reingeniería hospitalaria, tenemos que cambiar hasta la estructura de personal, si la estructura de personal va a hacer que entre un especialista, un gran especialista porque también los médicos generales pueden ser especialistas. Esa estructura tiene que cambiar por eso es que pensamos que debe haber una reingeniería hospitalaria y cuando usted me dice que al salir, los únicos sitios a los que pueden ir a trabajar son las postas, yo creo, que ese es un término peyorativo que no debemos aceptar. El centro de salud tiene un nivel de actuación que cuanto mas se la pueda dar condiciones de posibilidades de resolución de los problemas será un nivel de actuación muy semejante a los consultorios particulares, yo creo que lo que falta es tomar en cuenta estos desarrollos para cambiarlos para hacerlos de mayor calidad, de gran poder de resolución por eso los médicos muy bien formados en ese nivel pueden actuar adecuadamente. Entonces en resumen, yo lo que le quiero decir es que debemos esforzarnos porque las condiciones actuales cambien y por eso dentro de un plan global esta la reingeniería hospitalaria, el poder de resolución de los centros de salud y transformarlos realmente en verdaderos consultorios particulares.

### **Dr. Gotardo Vidal**

Para el Dr. Vidal en concreto. Evidentemente hay una gran brecha en nuestra realidad. Dr. Vidal, usted que ha sido Ministro de Salud, porque no hay afinidad política entre nosotros?. Porque la política camina por un lado y los organismos técnicos caminan por otro lado, es el motor, cual es la causa?.

### **Dr. Carlos Vidal**

Yo creo que porque muy pocos entienden lo que es la verdadera política. Hay una politiquería donde están metidos los llamados políticos, que sobreviven de esas actividades, que si no se realizan no tienen que hacer, y otro verdadero sentido de política, por eso yo decía que lo debemos es ser metidos porque el desarrollo de la gran política del Perú que es la reforma sanitaria debemos participar con las soluciones como las que plantea el Dr. Paredes si no solo insistimos a ese nivel que se da en el mayor número de cargos para los médicos generales y familiares nunca vamos a poder cambiar la medicina. O nos van a decir para que me enseñen esto si después no tengo trabajo, en ese nivel de política si debemos participar con mucha fuerza ahora lo que pasa es que nos enseñan a hacer el otro lado que es el de la politiquería, entonces si usted se opone a un decreto usted es enemigo del gobierno, si usted lo apoya es amigo del gobierno, entonces ese es un problema que tenemos que solventar en alguna forma.

## **Dr. Pajares**

Para el Dr. Vidal, acá tenemos muchos médicos, hay experiencia, los más jóvenes indudablemente yo creo que la experiencia de cada uno como individuo es que la educación al final especialmente en medicina, no es más que aplicar la pérdida de la inocencia y del idealismo que pasa en las facultades de medicina, en que muchas veces como todo es controlado.

Tratamos de dar una imagen ideal de lo que es la medicina, pero cuando el estudiante sale, ya es una jungla con la que tiene que lidiar afuera, yo me pregunto si esta manera romántica de pasar los ideales del médico los postulados de la medicina no se contradice de alguna manera con la realidad lo que está en la educación es lo ideal, lo que está en la práctica es una realidad.

Yo les pregunto al doctor si sería bueno quizás se concientizara a los alumnos a esta realidad que les espera más adelante, a través de un curso, a través de profesores o que más bien se vayan a la entrada, no a la salida sino a la entrada. Mira la carrera médica tiene otras perspectivas, entonces a lo mejor el estudiante que atendía a esas expectativas se pondrá a pensar que es lo que les va a esperar más adelante, no hacerlo digamos al final del proceso sino a la entrada.

## **Dr. Carlos Vidal**

En primer lugar quiero decir que las propuestas que he hecho están en el nivel de la reforma. Lo que venimos hablando durante mucho tiempo. Tratar de que las facultades tengan mayor consonancia porque allí va a venir la figura contraria a la hora de que se diga no los residentes en lugar de tener, creo que son 36 o 46 especialidades que están en gobierno, no señores nosotros solamente vamos a pagar el 50% para médicos generales, y el 50% para especialistas. Entre los cargos que se va a quedar van a ser para médicos generales, yo pienso no más, también he sido director del hospital, entonces con gran orgullo nosotros decimos que el tiraje debe ser hecho por la persona más ignorante, un auxiliar de enfermera, porque si no está metida en el problema de la especialización lo cual no es cierto, el tiraje lo que hace es aumentar el número de consultas a especialistas. Doctor de cabeza al neurólogo, dolor en el pecho al cardiólogo, nunca es visto por un médico general, entonces, estos cambios de reingeniería si van a hacer posible un cambio en la realidad, definitivamente todo cambio cuesta. Todo cambio es difícil, pero hay que empezar si mantenemos el estatuto que no vamos a llegar a ninguna hora, pero si pensamos en un cambio y lo hacemos realidad yo creo que es fundamental, ustedes en Trujillo tienen una posibilidad magnífica de poder participar, yo he visitado varias veces allí algunos programas que venían desarrollando, pero ahora hay que tratar de relacionarse mucho con estos procesos de reforma que aparentemente no salen, pero en cualquier momento puede salir un decreto y se soluciona el problema, y vamos a tener como dicen: tenemos que ponernos a bailar antes de empezar a caminar.

## **Dr. Elmer Escobar**

Muchas gracias y verdaderamente agradezco esta oportunidad porque si tengo algunos comentarios que hacer verdaderamente estoy muy contento de haber estado con ustedes en la mañana de hoy y haber escuchado la exposición del Dr. Casas, el Dr. Castillo, el Dr. Vidal y sobre todo los comentarios de ustedes y me devolvía a veces a mi país, a Colombia, en las que yo también tuve el privilegio de ser profesor en muchas universidades, en la U. del Valle y recientemente antes de empezar en la OPS, en la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario en Bogotá, donde yo era jefe del departamento de Medicina Preventiva e Investigaciones y eso mismo que ustedes acaban de decir me acordaba de esas situaciones, me acordaba cuando en Cali en la U del Valle llegaban los enfermos de la Costa del Pacífico con PIAM.

Me acordaba cuando estaba en la Universidad del Rosario y el decano me dijo estamos sacando unos excelentes médicos, pero que no conocen la realidad.

En las industrias donde la gente trabaja en muchas actividades con altísimos riesgos de salud ocupacional hubo una gran explosión, hubo como cinco o seis muertos y como siete u ocho personas quemadas y vino la tragedia de estos muchachos tratando de llevar a esos quemados a los hospitales de Bogotá y no se los recibían porque no estaban afiliados al seguro social o porque no correspondían a esas zonas o porque no sabían quien iba a pagar y esa realidad los muchachos la documentaron y fueron dos meses de la CPC al análisis socioeconómico de la realidad y en el contexto donde se tiene que trabajar, a esos muchachos de segundo y tercer año de medicina cambiaron el enfoque de enseñanza y todos los estudiantes querían conocer verdaderamente esa realidad de los barrios que no tienen agua, en los barrios donde no hay policía donde hay hacinamiento y de 60 o 70 personas viven en los comiencillos yo creo que es necesario que el estudiante se de cuenta de una realidad social y también antes de venir al Perú yo trabajaba en México, y cuando estaba en gran debate el tratado de libre

comercio y del ingreso de México, en otra área totalmente diferente en el área de la sanidad animal. El Ministerio de la Agricultura de México y los servicios de sanidad animal, tuvieron que aliarse con todas las Facultades de Medicina Veterinaria y de Agronomía y recoger a todos los veterinarios para que aprendieran las normas americanas y los sistemas de control sanitario si querían que los productos agropecuarios mexicanos pudiesen entrar a los E.U. Esa es una realidad económica en el cual no era de debate sino hacerlo o perder la oportunidad de entrar a un sistema, y como decía don Carlos es cuestión de meterse, no hay alternativas, en este país hay un proceso de reforma en marcha, ya salió el primer decreto y en el futuro van a salir muchas reglamentaciones, no hay alternativa ustedes tienen la responsabilidad y la obligación de formar recursos humanos que van a trabajar en ese sistema que se está desarrollando, que se está creando y tienen la obligación de formar recursos para trabajar en una problemática totalmente diferente. Ya lo dijo el Dr. Carlos Castillo, hay nuevas enfermedades emergentes, el SIDA, y hoy es el día mundial del SIDA y vale la pena que pensemos en el SIDA porque no es la medicina curativa la solución inmediata al problema del SIDA, es la promoción de la salud, los estilos de vida los que van a protegernos.

#### CONCLUSIONES DE LOS TRABAJOS DE GRUPO

### TALLER 1

#### TEMA: PROYECCIONES CURRICULARES EN LA EDUCACIÓN MÉDICA

#### GRUPO 1

1º Cada una de las 12 Facultades representadas en éste grupo, expuso las características generales con respecto a:

- Balance entre aprendizaje activo/pasivo.
- Niveles de integración de la enseñanza.

Las presentaciones utilizaron como marco de referencia el modelo de Sistema Educativo expuesto por el Dr. Álvarez Manilla.

Las principales conclusiones a las que se llegaron fueron:

- a. Todas las Facultades realizan un esfuerzo porque la enseñanza sea principalmente activa, sin embargo la práctica docente continúa recurriendo principalmente a técnicas didácticas poco participativas.
- b. La integración de la enseñanza aún presenta problemas y éstos se dan en diversos niveles. Entre los ciclos clínicos, entre las ciencias básicas y entre la enseñanza hospitalaria y la práctica ambulatoria y comunitaria. La experiencia formativa con pacientes ambulatorios la han intentado la mayoría de las 10 Facultades. Sin embargo, la presión de los docentes, de los alumnos y aún de la propia comunidad a logrado que se retorne hacia una enseñanza principalmente de tipo hospitalario.

2º De lo expuesto anteriormente, se puede intentar una caracterización general de la Educación Médica en el Perú:

- a. En primer lugar, si nos preguntamos ¿cuál es la cosmovisión de dicha Educación Médica? se puede concluir que el enfoque hacia el cuidado de la enfermedad, es el que predomina sobre la Atención Primaria de Salud. Esto es muy importante porque dicha cosmovisión y dicho enfoque, es lo que marca todo el diseño curricular.
- b. La cosmovisión predominante, antes citada, determina que la estructura formal, es decir, los planes y programas de estudios tengan contenidos teóricos y prácticos orientados hacia la reparación de los daños, es decir, hacia la Atención Secundaria o de la enfermedad mas que hacia la identificación de los riesgos o Atención Primaria.

Congruente con lo anterior, la infraestructura utilizada para enseñar la medicina principalmente es el hospital y los docentes en su gran mayoría son especialistas hospitalarios.

3º Del análisis anterior el grupo pudo identificar los siguientes problemas:

- a.- Número de alumnos por escuela.
- b.- Años de Estudio
- c.- Enseñanza de las Ciencias Básicas
- d.- Enseñanza en la Comunidad y en el Hospital
- e.- Falta de claridad del Perfil del Estudiante
- f.- Deserción temprana de los estudiantes
- g.- Proceso de formación de los profesores
- h.- Formulación de tesis
- i.- Integración de cursos

4° En función del tiempo, sólo se pudieron formular propuestas para los siguientes tres problemas:  
Preguntar al MINSA ¿Cuál es el número de médicos necesarios para el país?

Está en estudio.

- Se debe profundizar en el debate para determinar el número de estudiantes.
- No existe aún una coordinación suficiente entre MINSA y Escuelas de Medicina, para fijar el número de alumnos.

### **CIENCIAS BÁSICAS (PROBLEMAS PARA ENSEÑAR)**

- Hay carencia de profesores bien capacitados y por otra parte su sueldo no es el adecuado.
- Se debe recurrir a Escuelas que tienen fortaleza en esta materia (ejemplo Cayetano, San Marcos, Villareal) para que apoyen la capacitación de profesores de otras escuelas.
- También es necesario redefinir qué tipo de Ciencias Básicas. Ello debe ser en función de las tareas profesionales que esperamos que desempeñen los egresados.
- Se recomienda que los clínicos enseñen las acciones básicas, pero previamente capacitados y sin descontar el apoyo de otros profesionales.

### **ENSEÑANZA EN COMUNIDAD Y HOSPITALES**

- La comunidad es una fuente de enseñanza valiosa para el estado.
- Una de las recomendaciones de la Declaración de Edimburgo, es la atención de salud como enfoque poblacional, de tal manera que la población y comunidad, deben ser incorporados a la enseñanza: sobre todo para identificar riesgos y evitar daños.
- La enseñanza en Comunidades y Hospitales, no se contraponen sino son complementarios. No obstante, se debe buscar el balance entre ambas.

### **GRUPO N° 2**

Las conclusiones a que ha llegado el grupo 2 son las siguientes:

1. Los planes de estudios en las Facultades de Medicina del país son fundamentalmente de tipo recuperativo. Existe conciencia de cambio para dar preferencia a la Medicina Preventiva promocional.
2. El avance científico y tecnológico deben considerarse dentro de los contenidos, al igual que los aspectos de tipo preventivo promocional, sin necesidad de incrementar nuevas asignaturas, aumentar el número de créditos, ni el número de horas de estudio.
3. El estudiante debe constituirse en un actor de su formación, incluyendo en las nuevas técnicas de la enseñanza de aprendizaje, como la tecnología computarizada.
4. Se debe tener presente no solamente el perfil profesional; también se debe tener en cuenta los escenarios en los que tendrá que actuar; el perfil ocupacional. Se debe considerar los cambios de la política de salud, así como hacerla más competitiva y auto sostenida.
5. Se consideró que se debe racionalizar los recursos humanos, recomendando a cada uno de los responsables se haga el autocontrol, tomando en cuenta la necesidad de la realidad nacional.

6. Debe haber un cambio de actitud y compromiso del docente para plasmar los cambios.
7. Dentro de los planes de estudios se debe tener en cuenta el conocimiento de la realidad sanitaria de nuestra población.
8. Sugerir a las autoridades de salud para que se le de responsabilidad a las Facultades de Medicina, en su área geográfica correspondiente, sobre todo para colaborar en el desarrollo de los programas de una educación integral e integrada.

### **GRUPO 3**

1. Las Facultades de Medicina del Perú tienen algunas características que le son comunes:
  - Estructura del currículo parecido
  - Áreas con tendencias a juntar asignaturas de contenidos similares.
  - Énfasis en enseñanza práctica.
  - Intentos de integración (falta integración horizontal y vertical en general).
  - Tendencia que los cursos sean impartidos por docentes médicos
2. Hay en las Facultades un factor común en relación a la admisión: Exceso de alumnos.
3. Otro factor común: remuneración a docentes es insuficiente.
4. Necesidad que en la formación médica, ahora alejado de los programas de salud del Gobierno, tengan un acercamiento y coparticipación en la elaboración de los planes curriculares.

## **TALLER II**

### **TEMA:**

### **AUTO EVALUACIÓN, EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LAS FACULTADES DE MEDICINA.**

### **GRUPO I**

- 1° Auto evaluación es la comparación contra estándares preestablecidos por la institución en base a sus objetivos propuestos.  
Acreditación es el reconocimiento externo de garantía de calidad del producto de facultades de medicina en base a la auto evaluación.
- 2° EXPERIENCIAS:
  - Cayetano Heredia a propósito de la formación de un consorcio procesa instrumentos de auto evaluación de la universidad y de la facultad.
  - Trujillo a solicitud del programa UNI ha realizado una evaluación ad hoc.
  - Cuzco, por el apoyo de GTZ ha realizado una auto evaluación en el área de salud pública.
  - San Marcos ha actualizado sus instrumentos de evaluación de profesores, alumnos y cursos a cargo de una oficina de Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación.- San Agustín está procesando evaluación de docentes.
- 3° Áreas prioritarias:
  - a) Programas de Pre y Post grado
  - b) Evaluación de docentes.
  - c) Evaluación de Infraestructura y equipos hospitalarios y extrahospitalarios.
  - d) Evaluación de estudiantes.
  - e) Evaluación de la evaluación.
- 4° No sería substantivamente diferente, aunque tiene singularidades consignadas en documentos estándares de evaluación.
- 5° Sugerir que ASPEFAM adecue instrumentos para ser aplicados en todas las Facultades de Medicina del Perú como un compromiso de honor.

Recomendar que ASPEFAM lidere la conformación de un grupo encargado de acreditar facultades de medicina, y al mismo tiempo gestione ante los organismos competentes que no se autorice el funcionamiento de ninguna facultad de medicina a partir de la fecha.

## **GRUPO 2**

1. Solicitar al gobierno a través del Poder Legislativo, considerar como interlocutor válido a ASPEFAM, para la regulación del número de facultades de medicina en el país.
2. ASPEFAM es el órgano rector de la evaluación y acreditación de las facultades de medicina.
3. La normatividad debe fijarla ASPEFAM.
4. Todas las facultades de medicina debe hacer su auto evaluación.
5. La auto evaluación debe ser considerado un proceso de cambio y precisar su dirección.

## **GRUPO 3**

1. **AUTO EVALUACIÓN:**  
Emisión de un juicio de valor de la calidad tanto del proceso de formación como el producto, realizado por la propia facultad de medicina.
2. **ACREDITACIÓN:**  
Confirmación por un organismo externo superior de que el proceso de auto evaluación reúna los requisitos exigidos para esa institución.  
Relato de experiencia: Incipientes.

### Criterios de Evaluación de Universidades

1. Integridad Institucional.
2. Propósito interinstitucionales y nivel general de realización.
3. Administración institucional, gobierno y autorregulación.
4. Estudiantes: Progresión y logros de los estudiantes.
5. Servicios para los estudiantes.
6. Académicos: Procesos de enseñanza.
7. Carreras y otros programas académicos.
8. Investigación y creación artística.
9. Extensión y servicios a la comunidad.
10. Recursos para la enseñanza.
11. Administración financiera y recursos.
12. Infraestructura física e instalaciones.

## **PALABRAS DE CLAUSURA DEL PRESIDENTE DE ASPEFAM DOCTOR OSWALDO ZEGARRA ROJAS.**

Intuíamos que éste encuentro iba a ser de interés porque en los temas tratados todos compartíamos las mismas inquietudes. Hemos tenido conferencistas y paneles de primera calidad que han puntualizado aspectos importantes relacionados con la reforma del sector salud y las proyecciones de la salud en el futuro, las proyecciones de la docencia, las perspectivas curriculares, en lo cual ustedes mostraron mucho interés; igualmente los aspectos relacionados con la evaluación y acreditación de las facultades.

Creo que con estos hemos logrado los objetivos que nos propusimos al asumir la responsabilidad de conducir ASPEFAM. Por el profundo interés que siento han despertado en ustedes estos temas, estoy seguro que los sabrán transmitir a sus respectivas facultades.

Si algo se ha logrado también es despertar conciencia en estos aspectos y uniformar criterios para que en el futuro sepamos que vocabulario y que conceptos estamos utilizando al rededor de cada enunciados. Creo que hemos dado un paso importante para el futuro y que esta es una de las inquietudes que tuvimos al organizar este evento.

No sería adecuado terminar este certamen sin agradecer a los profesores que tuvieron la gentileza de participar en él. Lo hicimos el día de ayer con el Dr. Brailowsky y con el Dr. Álvarez Manilla y ahora lo hacemos con el Dr. Carlos Vidal, el Dr. Carlos Castillo, el Dr. Elmer Escobar, representante de la OPS, y el Dr. Casas. La presencia de ellos ha

sido fundamental para dar el toque técnico y de alto nivel que corresponde a cada uno de los temas que hemos tratado.

Mi agradecimiento al Comité Nacional de Residentado que en gran parte ha hecho posible que estemos aquí reunidos; a la OPS por su gran apoyo, consejo y asesoría, y al Dr. Carlos Vidal Rector de la Universidad Peruana Cayetano Heredia quien me ha dado amplia facilidad y apoyo.

Mi agradecimiento especial al Dr. Germán Benito, Secretario Ejecutivo de ASPEFAM, quien silenciosamente pero con gran eficacia ha hecho posible que podamos culminar con éxito esta reunión.

Agradezco principalmente a ustedes por su presencia; porque pocas veces hemos tenido a las 17 facultades de medicina del país reunidas, discutiendo, intercambiando opiniones, compartiendo momentos agradables.

Hemos dado la partida de lo que significará en el futuro ASPEFAM y es eso lo que nos propusimos y hemos logrado con la presencia de ustedes.

Agradezco a todos los presentes porque esta vez hemos estado presentes como ASPEFAM en el país.

Lima, 1º de diciembre de 1996.

## **EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE FACULTADES DE MEDICINA.**

Expuesto por el Dr. :

Carlos A. Brailovsky, MD, MA (Educación)

Profesor titular, Departamento de Medicina de Familia

Director, Centro de Evaluación de Ciencias de la Salud

Universidad Laval, Quebec, Quebec, Canadá.

Esencialmente, la responsabilidad de las facultades de medicina es el de seleccionar y educar a los estudiantes que ingresan en la carrera médica de manera a poder otorgarles un diploma de fin de estudios que certifique sus competencias para poder ejercer la profesión médica de manera autónoma y segura, minimizando los riesgos de malpraxis. con esta finalidad, las escuelas de medicina deben proveer recursos, tanto humanos como materiales, para soportar los programas de estudios y facilitar el entorno intelectual de los estudiantes. Los currículos de estudios deben por su parte corresponder a standards que deben haber sido definidos por la profesión, las instancias gubernamentales (Ministerio de Salud Pública, por ejemplo) y por la sociedad (imputabilidad). Además, los planes de estudios deben ser diseñados de tal manera que los estudiantes pueden desarrollar un verdadero interés en el estudio y aprendizaje permanentes y actitudes y valores compatibles con una visión humanista de la profesión.

Uno de los objetivos fundamentales de la escuelas de medicina en el Canadá y los Estados Unidos es el de responder a los standards de acreditación de la agencia de Acreditación de las Escuelas de Medicina del Canadá o del Liason Committee on Medical Education. Esos organismos de acreditación han desarrollado toda una serie de procedimientos y de instrumentos estandarizados para poder comparar las escuelas de medicina entre ellas, basándose en elementos normalizados y objetivos.

Gracias a esos procedimientos, los Comités tomarán disposiciones que se fundamentarán sobre los datos que hayan sido recogidos por los diferentes grupos implicados en el ejercicio de acreditación. Es importante el mencionar que tanto en el Canadá como en los Estados Unidos, la acreditación es voluntaria y en principio se realiza a pedido de las instituciones concernidas. Sin embargo, en la práctica, las leyes que rigen la profesión (y por lo tanto el otorgamiento de la licencia de ejercicio) en los dos países exigen que los médicos haya recibido su diploma en una facultad de medicina acreditada.

Además, la acreditación sólo se otorga a establecimientos que hayan sido legalmente habilitados para proveer educación post-secundaria. En el Canadá, los únicos establecimientos que hayan sido legalmente habilitados para ejercer las actividades de educación post secundaria son las Universidades.

La primera exigencia de los organismos de acreditación es que los estudios de medicina deben obligatoriamente incluir no menos de 130 semanas de formación distribuidas en no menos de 4 años calendario. Por supuesto no existe un limite superior en cuanto al tiempo, pero la tradición hace que no existen escuelas que distribuyan sus programas de formación en más de cinco años. En general, estas escuelas permiten que sus estudiantes elijan de manera voluntaria el plan de 4 o de 5 años. Un buen ejemplo de esta situación es la Facultad de Medicina de la Universidad Laval, en la provincia de Quebec, Canadá. Los estudiantes que optan por el plan de 5 años deben curas durante este año opcional, toda una serie de materiales que forman parte del currículo central de la medicina; sociología, psicología, filosofía, música, idiomas, con la finalidad de agrandar sus horizontes en humanidades.

En otros términos, se puede decir que la acreditación consiste en la certificación de que se mantienen ciertas normas básicas de educación que han sido definidas por la agencia acreditadora. Las agencias evalúan las escuelas a intervalos determinados que pueden variar entre uno y siete años, dependiendo de los resultados de la evaluación. En líneas generales, las agencias acreditadoras durante la visita que realizan a la facultad que se está evaluando tratarán de responder a una serie de preguntas en relación con diferentes elementos a ser evaluados, como por ejemplo:

1. Metas y objetivos: a) ¿los objetivos están bien definidos?; b) ¿los objetivos muestran un buen equilibrio

entre una orientación científica y un orientación práctica?; c) ¿el tiempo otorgado para el alcance de los objetivos es realista?; d) ¿los profesores conocen las metas y los objetivos a alcanzar?; e) ¿el programa permite el desarrollo de pensamiento autónomo y crítico de los estudiantes?; f) ¿el programa es coherente?; etc.

2. El programa (estructura y contenido); a) ¿los objetivos han sido transformados de manera adecuada en la estructura y el contenido del programa?; b) ¿hay suficientes asignaturas básicas?; c) ¿el nivel de los cursos es satisfactorio?; d) ¿el programa es de un nivel adecuado?; etc. (métodos de enseñanza); a) ¿las proporciones de distintas estrategias y métodos son correctas?; etc. (exámenes): a) ¿las evaluaciones reflejan bien el contenido del currículo?; b) ¿los exámenes son congruentes con los aprendizajes y con los contenidos?; etc.
3. Los estudiantes; a) ¿la selección es correcta?; b) ¿el número de abandonos es razonable?; c) ¿la cantidad de éxitos y fracasos en los exámenes es moderado?; d) ¿la cantidad de materia a aprender es razonable y suficiente?; etc.
4. Los espacios físicos; a) los laboratorios son adecuados?; b) ¿la biblioteca cuenta con recursos bibliográficos suficientes?; etc.
5. Los graduados; a) ¿merecen los diplomas que reciben?; b) ¿continúan su formación post graduada?; c) ¿están preparados para ingresar y completar programas de residencia; d) ¿se mantienen al día con su formación?; etc.
6. Los profesores; a) ¿las calificaciones y la competencia son satisfactorias?; b) ¿las publicaciones científicas y profesionales reflejan un buen nivel académico?; c) ¿el claustro profesional es suficiente y bien distribuido para cubrir todas las áreas del currículo?; d) ¿hay un equilibrio satisfactorio entre las obligaciones de enseñanza y de investigación de los profesores?; e) ¿las actividades de perfeccionamiento pedagógico son adecuadas?; f) ¿la porción profesores/estudiantes es satisfactoria?; etc.
7. El control interno de calidad; a) ¿los auto estudios o auto evaluaciones institucionales son críticos y analíticos?; b) ¿la auto evaluación es útil para el comité de acreditación?; c) ¿la auto evaluación contiene las informaciones pertinentes y necesarias?; etc. Estos ejemplos no son limitativos y deben adecuarse a situaciones locales, pero pueden servir de guía para la organización de un estudio de acreditación.

1. Las visitas de acreditación están siempre precedidas por una auto evaluación institucional. Esta auto evaluación constituye el rasgo central de los sistemas de garantía de calidad. Justamente, en un entorno en el que la base de su funcionamiento es la confianza, la auto evaluación posee una gran importancia en el proceso de acreditación. En este tipo de ejercicio, los miembros que integran la comunidad académica deben proceder en primer lugar a un análisis de los recursos disponibles en la institución y luego al examen de la efectividad y de la eficacia de los programas de formación. A este proceso deben participar de manera activa los diferentes actores de la institución; el claustro docente (con docentes de todas las categorías); los estudiantes; los egresados; el cuerpo directivo y finalmente los administradores. Los aspectos que deben tener en cuenta son principalmente la situación actual de la institución, de la manera más crítica y objetiva posibles y sobre todo cuales son las perspectivas futuras de desarrollo institucional frente a los nuevos desafíos y responsabilidades sociales a los que los jóvenes médicos deberán confrontarse. Todo esto deriva del hecho que cada facultad de Medicina es o debe ser responsable del diseño y de la implementación de su propio currículo. Para realizar la evaluación de la calidad de sus propios programas, las escuelas deben utilizar diferentes métodos, de manera a asegurar un buen insumo de información; los desempeños de los estudiantes, los ingresos a los programas de residencia, los desempeños durante las residencias, etc. Esto permite detectar si el currículo presenta deficiencias o redundancias, lo que ayuda a proponer eventualmente correcciones para remediarlas.

Finalmente las agencias de acreditación pueden hacer distintos tipos de recomendaciones basadas tanto en la auto evaluación institucional que en las conclusiones de la visita de acreditación:

1. Acreditación plena
2. Acreditación provisional. La acreditación plena consiste en la certificación de que la institución evaluada responde totalmente a los criterios o standards pre establecidos. Este tipo de acreditaciones es otorgado por 7 años. Las acreditaciones provisionales son la consecuencia de la identificación de la presencia de problemas más o menos series percibidos a través de los de la auto evaluación o a través de los resultados del resto del proceso evaluativo. Es importante tener en cuenta que siempre este tipo de acreditación

comporta recomendaciones de cambios o mejoras institucionales . En general, lo que se percibe es; deficiencias de los programas, deficiencias en los recursos , materiales o profesorales, cambios en la misión de la facultad desde la última visita, cambios en las orientaciones de la facultad. Los resultados de la aplicación de las recomendaciones se verifican en el transcurso de una nueva auto evaluación o de una nueva visita que puede tener lugar entre uno y tres años más tarde. Por lo tanto, se puede decir que las acreditaciones provisionales juegan el papel de evaluaciones formativas, puesto que se proponen remediaciones a la situación presente.

En general, podemos decir que el proceso de acreditación tal como es utilizado en el Canadá y en los Estados Unidos, cumple bien su función, que es el de utilizar métodos normalizados de evaluación de las Facultades de Medicina,. Se trata de un proceso que con toda seguridad podría aplicarse de manera beneficiosa a las escuelas de medicina de este país, siempre que tenga en cuenta la misión y la razón de ser de cada una de las facultades en el contexto geográfico en el que está situada, así como también de las políticas de desarrollo de la salud pública del Perú.