

SERIE EDUCACIÓN MÉDICA N° 1

Historia de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina

Esfuerzo y persistencia tras un sueño





Historia de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina

Esfuerzo y persistencia tras un sueño

Dr. Juan Pablo Murillo Peña

Lima - Perú

© Asociación Peruana de Facultades de Medicina

Jirón Trujillo 460 - Magdalena del Mar

Lima - Perú

Telf: (511) 462-7068

Correo electrónico: aspefam@aspefam.org.pe

Primera edición, enero 2018

Tiraje: 1000 ejemplares

Se terminó de imprimir en enero del 2018 en:

Industria Gráfica Algraf S.A.C.

Av. Arica 1831. Lima - Perú

ISBN 978-612-47640-1-1

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2018-00439

Autor

Dr. Juan Pablo Murillo Peña

Facultad de Medicina UNMSM

Comité editor

Dr. Sergio Gerardo Ronceros Medrano

Dr. Manuel L. Núñez Vergara

Dr. Carlos Salcedo Espinoza

Lic. María Arrieta Cholán

Contribuciones

Dr. José Piscocoya Arbañil

Dr. Francisco Sanchez Moreno

Dr. Manuel L. Núñez Vergara

Dr. Carlos Arósquipa Rodríguez

Apoyo administrativo

Sr. Oliver Uriondo Boudri

Srta. Sandra Vizcarra Huerta

Sra. Carmen Calagua Avalos

Corrección de estilo

José Antonio Cruz

Diseño y diagramación

Alejandra Palacios

Se autoriza citar o reproducir la totalidad o parte del presente documento, siempre y cuando se mencione la fuente.

ASOCIACIÓN PERUANA DE FACULTADES DE MEDICINA
(Consejo Directivo 2017 – 2019)

Dr. SERGIO RONCEROS MEDRANO

Presidente

Decano de la Facultad de Medicina San Fernando
Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Dr. MIGUEL FARFÁN DELGADO

Vicepresidente

Decano de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Católica de Santa María

Dr. BENITO DÍAZ LÓPEZ

Vocal

Decano de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Nacional San
Luis Gonzaga de Ica

Dr. SEGUNDO CABRERA GASTELO

Tesorero

Decano de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo

Dr. EDUARDO VALERA TELLO

Vocal

Decano de la Facultad de Medicina
Universidad Nacional de la Amazonía Peruana

Dr. MANUEL RODRÍGUEZ CASTRO

Decano de la Facultad de Medicina
Universidad Peruana Cayetano Heredia

Dra. ELIZABETH LLERENA TORRES

Decana de la Facultad de Medicina Humana
Universidad San Pedro

**Dr. LUIS ALBERTO
CONCEPCIÓN URTEAGA**

Decano de la Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Trujillo

Dra. AMALIA VEGA FERNÁNDEZ

Decana de la Facultad de Ciencias Médicas
Universidad César Vallejo

Dr. HUGO ROJAS FLORES

Decano de la Facultad de Medicina
Universidad Nacional de San Agustín

Dr. ROBERTO BERNARDO CANGAHUALA

Decano de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Peruana Los Andes

Dr. JUAN BARRETO MONTALVO

Decano de la Facultad de Medicina
Universidad Nacional Federico Villareal

Dr. ARIEL HUARACHI LOZA

Decano de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Nacional del Altiplano

Dra. TATIANA DEL CASTILLO DE LOAYZA

Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Nacional de San
Antonio Abad del Cusco

Dr. PATRICIO CRUZ MÉNDEZ

Decano de la Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad Privada de Tacna

Dr. JOSÉ MORE LÓPEZ

Decano de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Nacional de Piura

Dr. SEGUNDO BUENO ORDOÑEZ

Decano de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Nacional de Cajamarca

Dr. FRANK VALENTÍN LIZARASO CAPARÓ

Decano de la Facultad de Medicina Humana
Universidad de San Martín de Porres

Dr. ALEJANDRO BERMÚDEZ GARCÍA

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Científica del Sur

Dra. SALOMÉ OCHOA SOSA

Decana de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Nacional del Centro del Perú

Dr. VLADIMIR GUERRA ALVARADO

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Privada San Juan Bautista

**Dra. MARÍA SOCORRO ALATRISTA
GUTIÉRREZ VDA. DE BAMBARÉN**

Decana de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Ricardo Palma

Dr. PASCUAL CHIARELLA ORTIGOSA

Decano de la Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas

Dr. RAMEL ULLOA DEZA

Decano de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Privada Antenor Orrego

Dra. GERALDINA PAREDES BOTTONI

Decana de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Nacional José
Faustino Sánchez Carrión

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	8
INTRODUCCIÓN	10
1. UN INICIO LLENO DE INCERTIDUMBRE	13
2. CONSOLIDACIÓN EN PLENOS VIENTOS DE CAMBIO	35
3. AVANZANDO EN LA CONSOLIDACIÓN DE ASPEFAM	49
4. 54 AÑOS DE VIDA INSTITUCIONAL. DE LA RESISTENCIA AL DISEÑO DEL FUTURO	79
Ciclos de política y gestión de la incertidumbre	80
ASPEFAM mirando al futuro	84
La educación médica y la gestión sectorial de recursos humanos. Una agenda de nuevos e irresueltos problemas	85
REFERENCIAS	89
ANEXOS	93

PRESENTACIÓN

Se inicia con este primer volumen la Serie Bibliográfica en Educación Médica, editada por la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM). Esta publicación pretende constituirse en un espacio de análisis, reflexión y propuesta sobre los temas centrales de la formación médica, tanto en el pre como en el posgrado. En estas páginas se ha de recoger la importante experiencia desarrollada en nuestras facultades de medicina y por nuestra asociación, como tributo del trabajo de gestores, profesores y estudiantes, por construir una formación médica con calidad y compromiso social.

No es una tarea fácil, entre otras razones, porque la universidad peruana afronta múltiples desafíos y viene saliendo de un periodo de dificultades, enfrentando la necesidad de aportar desde el espacio que le corresponde al desarrollo en salud y educación. Esto implica salir de una visión limitada a nuestras propias actividades y preocupaciones, a otra que nos impulse a aprender conjuntamente, compartir fortalezas, redefinir en buena medida nuestras prioridades, para asumir una agenda nacional, que también es nuestra, y está en gran medida pendiente.

El presente volumen representa así, el esfuerzo de ASPEFAM de generar un espacio de reflexión respecto a nuestro devenir institucional y recoger toda la experiencia acumulada en 54 años de fructífera labor, poner en valor todos los avances realizados por sucesivas gestiones y analizar el conjunto de lecciones aprendidas que nos permitan tener elementos para enfrentar el futuro.

Así, el estudio realizado por el Dr. Juan Pablo Murillo, docente e investigador con amplia experiencia en los espacios académicos, la gestión y la salud pública, nos muestra un recorrido desde los años aurorales de la asociación, donde recoge diversos episodios que marcaron la historia de ASPEFAM y la educación médica en el Perú. Este es un relato que nos invita a la reflexión y al diálogo, pero a la vez que abre una discusión muy rica y oportuna para enfrentar los retos de la educación médica en el siglo XXI.

La obra, asimismo es acompañada de un conjunto de anexos, donde se destacan un importante número de instrumentos de política que representan hitos centrales en la experiencia de trabajo inter-institucional al interior de la asociación y entre ASPEFAM con el Ministerio de Salud, que permiten identificar importantes discusiones, decisiones y acciones, que contribuyeron a la mejora de la educación médica y del sector salud.

Es como toda obra humana, una obra inconclusa, y por lo tanto una invitación a todos nosotros a aportar en una mirada que enriquezca el análisis desarrollado, mucho más cuando en gran medida la historia la han hecho y protagonizado muchos de los hoy presentes, y que pueden dar testimonio del esfuerzo desplegado en estos años de vida institucional.

Nuestro agradecimiento a los profesores, investigadores, personal administrativo y todos aquellos que han contribuido en hacer realidad esta publicación, con la cual abrimos una nueva etapa en el trabajo de ASPEFAM, cumpliendo su misión y reafirmando su compromiso de trabajar al servicio de quienes demandan una atención de salud, por profesionales formados con la mayor calidad, calidez y compromiso social.

Dr. Sergio G. Ronceros Medrano

Presidente

Asociación Peruana de Facultades de Medicina

INTRODUCCIÓN

La historia de las instituciones de la Sociedad Civil en el sector salud en el Perú es un campo de la historia social pendiente de desarrollo que tiene una gran importancia en la actualidad por varios factores. Por un lado, la forma cómo se han generado los procesos políticos y sociales en las últimas décadas, caracterizados por una alta inestabilidad e incertidumbre, impidieron una visión en perspectiva de los procesos de construcción institucional. A la par, el predominio de una historiografía de corte más hagiográfica en la tradición médica, caracterizada por relatos centrados en destacar determinados liderazgos personales y de escaso desarrollo en el análisis de los procesos sociales y culturales

Martín Tanaka señala la necesidad de una comprensión de los procesos de construcción institucional en el Perú. En ese sentido, el Estado termina siendo un *viejo desconocido*. De otro lado, la dinámica de desarrollo actual del sistema universitario, que enfrenta diversos escenarios de reconversión institucional y oportunidades de innovación, plantea la necesidad de una reflexión de largo periodo que nos ayude a identificar las fortalezas y debilidades de un proceso de construcción de un tejido institucional como la Asociación de Facultades de Medicina (ASPEFAM) que, luego de constituirse en un escenario político y social lleno de incertidumbres como lo fue la década del sesenta, logra avanzar y salir adelante a pesar de las duras pruebas que pasaron la sociedad y el sistema universitario peruano en las últimas décadas del siglo XX.

Como señala la historiadora Rita Sierra para el escenario colombiano: “Enfrentados al hecho de la explosión numérica de la profesión médica y a la crisis, en cuanto a la formación y a la ruptura con los esquemas vigentes de la práctica misma de la profesión, y particularmente interesada en la Educación y formación de los médicos, desde el componente mismo de la Educación Médica, se considera que la investigación desde la perspectiva histórica es una manera de mirar el problema que debería resultar útil en la comprensión de los procesos que han llevado a la realidad social que vivimos en esta profesión de la salud” (Sierra, 2006).

Por ello, planteamos el objetivo de este trabajo del siguiente modo: estudiar la evolución de la Asociación de Facultades de Medicina como una aproximación al análisis de los ciclos de política de desarrollo de la Educación Médica en el Perú. Consideramos que de esta manera brindará valiosos aportes al fortalecimiento de la formación de recursos humanos en salud y para articular los esfuerzos de la comunidad universitaria frente a los retos que plantea la educación médica en este siglo XXI.

CAPÍTULO 1
...
**Un inicio
lleno de
incertidumbre**



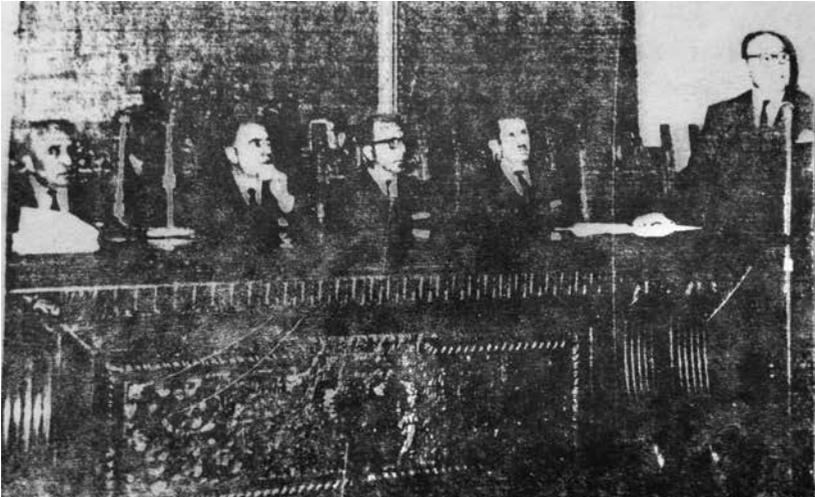


Ilustración 1. Ceremonia de Instalación de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina en la Municipalidad de Lima, con la presencia del Presidente de la República Arq. Fernando Belaúnde Terry; Dr. Luis Bedoya Reyes, Alcalde de Lima; Dr. Alberto Guzmán Barrón, Presidente de ASPEFAM; y Drs. Amador Neghme y Ernani Braga, Presidente y Director Ejecutivo de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, respectivamente. Lima, 18 de setiembre de 1964.

La década de los sesenta fue de un fuerte impulso a la Educación Médica. Por un lado, la Organización Mundial de la Salud a fines de la década del cincuenta, comenzó a plantear la importancia del médico en las políticas públicas en salud: “Médicos capacitados, informados y conscientes de su responsabilidad social son el factor esencial en cualquier plan completo y equilibrado de salud pública y de medicina” (Middleton & Wegman, 1958). Este planteamiento coincidió con la emergencia de una corriente progresista, a partir de la 1.^a Conferencia Latinoamericana de Facultades de Medicina, realizada en México en 1957. Dicha corriente modernizadora de la Educación Médica, se plasmó en la creación de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina (FEPAFEM). Los líderes de esta corriente tuvieron singular éxito al convertir su iniciativa de fortalecimiento y modernización de la Educación Médica en América Latina en una política internacional, dada la visión de Abraham Horwitz, Director de la Oficina Panamericana de la Salud del enorme potencial transformador de la Educación Médica, con su posibilidad de brindar una visión universal, al permitir un diálogo entre el espacio académico, las culturas y tradiciones locales y los Ministerios de Salud; en aras de formar médicos adaptados a su contexto local, con las mejores herramientas provenientes del progreso de la ciencia, y orientadas al logro de objetivos sanitarios (Horwitz, 1966).

Sin embargo, la promesa transformadora de la oleada de modernización de la Educación Médica en curso, tenía dificultad para llegar al Perú, puesto que en esos momentos enfrentaba una crisis estructural ocasionada por el grave problema institucional de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, a consecuencia de serias controversias originadas por el régimen de gobierno universitario (que incluía el tercio estudiantil), sancionado por la Ley Universitaria 13417. Dichas controversias se tradujeron en la renuncia masiva de su cuerpo docente y la posterior fundación de la Unión Médica de Docentes Cayetano Heredia, el 25 de julio de 1961; la cual dio origen a la Universidad de Ciencias Médicas y Biológicas, oficializada por el gobierno peruano el 22 de setiembre de 1961, y que posteriormente fue denominada Cayetano Heredia (Zárate & Cárdenas, 2017).

Los ecos de la crisis no tardaron en llegar a la Oficina Sanitaria Panamericana; que en la 13.^o sesión de su Consejo Directivo (OMS; OPS, 1961), a partir del informe y la propuesta del representante del Perú, el Dr. Carlos Quirós Salinas, Director de Servicios Técnico-Normativos del Ministerio de Salud y Asistencia Social, acordó:

1. Invitar a los gobiernos miembros a que estudien la posibilidad de prestar a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Marcos de Lima, el mayor apoyo moral y material que esté a su alcance.
2. Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que, sin perjuicio de los programas aprobados para 1962, utilice fondos del presupuesto ordinario que pueda disponer, así como cualesquiera otros recursos que con carácter extraordinario pueda conseguir, para prestar la máxima cooperación a la solución de los actuales problemas técnicos de la citada facultad y que, si fuese necesario, incluya en el programa general de la organización para 1963 un proyecto específico de la misma.
3. Recomendar al Director que, a solicitud del Gobierno y dentro de los límites de los recursos de la Organización, se preste un apoyo similar a las demás Facultades de Medicina del Perú.

Esta resolución, que implicaba un inédito apoyo institucional de la OPS a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y que generaba un compromiso de apoyo y asistencia al conjunto de Facultades de Medicina, se implementó en forma progresiva, dada la complejidad de la crisis existente. Lo primero que se materializó fue la articulación progresiva de las Facultades de Medicina a varias iniciativas, entre ellas el Seminario Viajero de Educación Médica.



Ilustración 2. Dr. Horacio Holguín, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo. 2.º Seminario Viajero de Educación Médica. Monterrey, México 28 de octubre -15 de noviembre de 1963.

Durante el segundo semestre del año 1963, la representación de la Oficina Sanitaria Panamericana desarrolló diversas coordinaciones en torno a la posibilidad de cooperación entre las Facultades de Medicina. En diciembre de 1963, ya se informaban de estas conversaciones en las sesiones del Consejo de Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en el marco de la organización en el Perú de un posible Seminario de Educación Médica, programado para julio de 1964.

El 11 de enero de 1964, en el local de la Oficina Sanitaria Panamericana, los decanos de las Facultades de Medicina de San Marcos, Dr. Alberto Guzmán Barrón; Arequipa, Dr. Félix Náquira Vildoso; Trujillo, Dr. Heraclio Olguín Pinillos; Ica, Dr. Aníbal Casavilca; y Cayetano Heredia de Lima, Dr. Alberto Hurtado, constituyeron la Asociación Peruana de Facultades de Medicina. Eligieron como Primer Presidente al Dr. Alberto Guzmán Barrón y Vicepresidente al Dr. Félix Náquira, a sugerencia del Dr. Alberto Hurtado, quien consideró pertinente que en esta etapa del proceso sean las facultades más antiguas las que conduzcan la Asociación.

La formación de la Asociación fue, probablemente, una de las decisiones más importantes que tomaron las Facultades de Medicina del Perú, en uno de los escenarios más difíciles en la historia de la Educación Médica peruana. Todavía era muy reciente la grave crisis de la Facultad de Medicina de San Fernando, que se hallaba en pleno proceso de reorganización y recomposición de su plana docente. Mientras que la Universidad Cayetano Heredia se hallaba organizando el despliegue de su oferta educativa. Respecto a las nuevas Facultades de Medicina, que fueron creadas por el gobierno del General Odría: la Universidad Nacional de Trujillo (Ley 12647, 1956); Universidad Nacional San Agustín, Arequipa (Ley 11320, 1950) y la Universidad



Ilustración 3. Primer comunicado de ASPEFAM publicado en el Comercio el 17 de enero de 1964.

Nacional San Luis Gonzaga de Ica (Ley 12495, 1955). Estas Facultades dependían del apoyo financiero del Fondo Nacional de Salud, administrado por el Ministerio de Salud, y todavía no habían alcanzado su plena implementación. La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, inició sus actividades académicas el 18 de mayo de 1963 y se encontraba en un proceso de funcionamiento incipiente.

Por ello, la fundación de la Asociación de Facultades de Medicina fue, sin lugar a dudas una decisión que requirió de una enorme dosis de ecuanimidad por parte de dos actores institucionales: las Facultades de San Fernando y Cayetano

Heredia, que, a pesar de salir de un conflicto sumamente duro, fueron capaces de entender y asumir el esfuerzo de constituir un colectivo capaz de impulsar un proceso de fortalecimiento e institucionalización de la Educación Médica peruana. Sin lugar a dudas, es un esfuerzo notablemente difícil de percibir a la distancia, que requirió de mucha serenidad, frente a las tensiones que, en más de una oportunidad, pusieron en tela de juicio la viabilidad de la Asociación.

Un ejemplo de ello se dio durante la Ceremonia Solemne de Instalación de la Junta Directiva de la naciente Asociación Peruana de Facultades de Medicina, que contó con la presencia del Sr. Presidente de la República, Fernando Belaúnde Terry. En su discurso, el Dr. Alberto Hurtado, hizo referencia a su posición respecto a la participación estudiantil en el gobierno de las universidades, en presencia de la representación estudiantil de San Fernando, invitada a la ceremonia, quien a despecho de su bien ganada fama de defensa de los derechos estudiantiles; escucharon nuevamente las críticas esgrimidas por Hurtado en 1960, con la mejor corrección y serenidad. Posteriormente, en la sesión del Consejo de Facultad,



Ilustración 4. Dr. Alberto Guzmán Barrón, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, primer Presidente de ASPEFAM. 1964-1965.

el Sr. Decano Dr. Alberto Guzmán Barrón, a la sazón, primer presidente de ASPEFAM, agradeció muy sinceramente a los estudiantes por su apoyo; expresado por la tolerancia y ecuanimidad frente a las críticas. Al respecto, el representante del tercio estudiantil, Sr. José Somocurcio, expresó que era un honor para la Facultad que la primera gestión de la naciente asociación correspondiera al Decano de la Facultad de Medicina de San Fernando. Además, señaló la importancia que significaba para la universidad ser parte de esta institución y que, en ese sentido, la voluntad de los estudiantes era la de colaborar con las autoridades evitando la confrontación; acordando además, no difundir este incidente entre los estudiantes (Consejo de Facultad UNMSM, 1964).

Un elemento clave en este proceso fue la participación de la Oficina Sanitaria Panamericana, que tuvo un valioso rol dinamizador de la iniciativa y brindó un valioso apoyo de asistencia técnica y apoyo logístico, a la par del destacado rol que cumplió el Dr. Alvaro Simões, delegado de la Oficina Sanitaria Panamericana en Lima. Fue justamente el apoyo de la OPS, el que permitió plantear como elemento central de la acción de la Asociación, el establecimiento de los Seminarios de Educación Médica, a fin de lograr consensos para una política pública de desarrollo y fortalecimiento de la enseñanza de la medicina. Para ello, se realizó un fino trabajo de incidencia en vistas de hacer efectivo el financiamiento de estas actividades por parte del Fondo Nacional de Salud, administrado por el Ministerio de Salud.

El Primer Seminario de Educación Médica se realizó en Paracas, del 5 al 11 de julio de 1964, con el auspicio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la Oficina Sanitaria Panamericana, y se tradujo en consensos acerca de la necesidad de acciones orientadas al fortalecimiento y modernización de la enseñanza de la medicina. Ello permitió el desarrollo del Segundo Seminario de Educación Médica, donde se contó con un mayor nivel de participación del Ministerio de Salud, expresada en la participación del Dr. Carlos Quiroz Salinas, Director General del Ministerio de Salud, como parte del Comité Organizador y la participación como asesor del Dr. Mario León Ugarte. Se incorporó como delegado a este Seminario a la Facultad de Medicina de la Universidad Técnica de Cajamarca. Asimismo, en este Seminario se contó con la participación de observadores estudiantiles.

Las discusiones y conclusiones de esta conferencia marcan con claridad las tensiones que en ese momento planteaban la aspiración de un proyecto modernizador de la Educación Médica en el Perú. Por un lado, se planteaba la necesidad de que las facultades de medicina, dispongan

en propiedad o concesión, hospitales, con el fin de integrarlos a las facultades de medicina. En ese sentido, se propuso que las características de los hospitales universitarios deberían corresponder a lo señalado en el Reglamento General de Hospitales y Clínicas del Ministerio de Salud de 1962, con un número de camas que oscile entre 205 y 500, de tal manera que permita una relación de tres camas por alumno.

Asimismo, se propuso que el financiamiento de los hospitales docentes sea asumido por el estado primordialmente, con una participación complementaria de las universidades y el sector privado. Se propusieron también, mecanismos de afiliación de los hospitales a las facultades de medicina y la asignación de esferas geográficas de influencia. Se planteaba muy sucintamente, en términos marginales, la posibilidad de ampliar las actividades docentes a nivel de servicios periféricos de salud y a nivel domiciliarios.

El Seminario identificó como un problema serio el reducido número de profesores de Ciencias Básicas en las facultades de medicina, planteando la necesidad de generar programas especializados de formación, así como de crear incentivos para el desarrollo de dicha actividad. Dado el reducido número disponible de profesores de Ciencias Básicas, el Seminario recomendó una estrecha colaboración entre las Facultades de Medicina, favoreciendo el intercambio de profesores, equipo y material, y brindándose mutuamente ayuda para organizar centros de perfeccionamiento docente.

La declaración del Segundo Seminario Nacional de Educación Médica fue de gran importancia, pues consolidaba el desarrollo institucional de ASPEFAM y lo articulaba con las recomendaciones de la IV Conferencia Latinoamericana de Facultades de Medicina (ASPEFAM, 1965). Se plantearon los siguientes acuerdos:

- La organización de una nueva facultad de medicina requiere un estudio preliminar que averigüe si las condiciones sanitarias, técnicas y económicas del país y



Ilustración 5. Dr. Amador Neghme, Presidente de la Federación Panamericana de Facultades de Medicina.

de la región donde se piensa organizar la nueva escuela, permiten y aconsejan aprobar dicho proyecto; el que deberá garantizar el cumplimiento de los requisitos mínimos que debe llenar toda escuela médica.

- Se solicita al Supremo Gobierno para que se tome las medidas del caso a fin de que las Facultades de Medicina cuenten con hospitales docentes para que puedan desarrollar sus actividades de forma eficiente en la educación de médicos y especialistas que el Perú necesite.

En ese sentido fue clave el apoyo del Presidente de la Federación Panamericana de Facultades de Medicina, Dr. Amador Neghme, quien comprometió el apoyo económico de la Federación, a fin de apoyar la implementación de la Secretaría Ejecutiva de ASPEFAM.

No eran tiempos fáciles para la Asociación, el primer quinquenio de la década del sesenta ya mostraba importantes problemas en la economía peruana que no tardarían en tensionar el frágil tejido institucional de la educación médica. De hecho, en agosto de 1965, se redujo en un 25% el apoyo del Fondo Nacional de Salud a las Facultades de Medicina. Posteriormente, en la sesión del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social se acordó un subsidio extraordinario de 1'708,795.00 soles para la compra de un terreno adyacente al Hospital Centro de Salud del Rímac (ASPEFAM, 1965, lo que originó la protesta de las universidades públicas por el trato preferente del Ministerio de Salud hacia una universidad privada.

Para inicios de 1967, se constata un alejamiento del Ministerio de Salud (MINSa) respecto a ASPEFAM, en un contexto donde no se observaba avances en el reconocimiento de la Asociación, en un escenario de gran debilidad institucional de las facultades de medicina del país. Por ello, se plantea la necesidad de involucrar al Ministerio en la solución global de los problemas de financiamiento de las facultades de medicina y considerar el problema de la Educación Médica como un problema prioritario para el sector salud. En ese sentido, Alberto Hurtado sostenía que “se observa un repliegue de los programas de cooperación internacional orientándose primordialmente a la agricultura y la tecnología, omitiendo a la salud que es primordial para el desarrollo”. Por ello, ante la ausencia de apoyo de la cooperación internacional, se propone incorporar como miembros protectores de ASPEFAM a actores de los sectores industrial y comercial. El Dr. Alvaro Simoes (OPS) planteó como alternativa la elaboración de un proyecto que refleje un acuerdo tripartito entre el MINSa-ASPEFAM-

OMS y permita acceder a apoyo para acciones de asistencia técnica y fortalecimiento institucional. Gracias a una fina estrategia de ASPEFAM y del apoyo de la OPS, se logró articular voluntades para la firma de un convenio tripartito para el desarrollo de un acuerdo de un programa de Educación Médica en el Perú; a ser financiado por la fundación “Hipólito Unanue”. El acuerdo, firmado el 30 de marzo de 1966 (ASPEFAM, 1967), planteó para el MINSA y ASPEFAM los siguientes objetivos:

- Fortalecer la educación profesional de los médicos, en todas las fases, v.g. pre-grado, post-grado y educación continua, con énfasis en los aspectos preventivos y sociales de la medicina.
- Mejorar la enseñanza de materias básicas en los planes de enseñanza de la medicina, colaborando principalmente en la formación del profesorado en estos campos y en la preparación de libros de texto.
- Colaborar con las escuelas de medicina para el establecimiento de amplias relaciones entre los programas de enseñanza y programas de salud del país.
- Cooperar en la preparación del personal docente y profesional en el campo de la medicina preventiva, la salud pública y la planificación.
- Estimular la investigación científica en el país para el conocimiento de los problemas de la salud.
- Ayudar a las escuelas de medicina en el mejoramiento de sus bibliotecas, laboratorios y medios audiovisuales.

Para el cumplimiento de los objetivos señalados, se consideró en el Plan de Acción las siguientes actividades:

- Designación de profesores visitantes.
- Asesoría de consultores especializados a corto plazo.
- Intercambio de profesores. Mejora de las condiciones de enseñanza para los profesores de Ciencias Básicas y de Salud Pública.
- Becas en el país o el extranjero, para el personal docente, con prioridad en disciplinas de Ciencias Básicas y Salud Pública.

- Promoción y organización de Seminarios y reuniones destinados al análisis de problemas vinculados a la enseñanza de la medicina.
- Promoción de la colaboración de otras entidades públicas para el cumplimiento de los objetivos del convenio.
- El gobierno, la Asociación y la Organización asumirán conjuntamente la responsabilidad de la evaluación de este programa durante su ejecución y de la introducción de modificaciones o ampliaciones que la experiencia aconseje.

Posteriormente se planteó como un objetivo estratégico el acercamiento y articulación de la Asociación con el Ministerio de Salud, para ello se propuso como tema central del siguiente Seminario de Educación Médica: *Relaciones entre el Ministerio de Salud Pública y las Facultades de Medicina. Tipo de Médico que forman las Facultades de Medicina y su adecuación a las necesidades nacionales*. El evento se realizó en Huampaní, los días 7 a 10 de marzo de 1968, con los auspicios del Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, el Instituto Hipólito Unanue, la Organización Sanitaria Panamericana, y la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina.



Ilustración 6. Mesa Directiva del IV Seminario Peruano de Educación Médica, Huampaní 7-10 de marzo de 1968. De izquierda a derecha: Dr. Jorge Berrios, Secretario General; Dr. Víctor Tejada, Decano de la Facultad de Medicina de Arequipa; Dr. Hernán Torres, Decano de la Facultad de Medicina Cayetano Heredia y Presidente del Seminario; Dr. Hernán Miranda, Decano de la Facultad de Medicina de Trujillo; Dr. Arnaldo Medina, Relator General.

Respecto al tipo de Médico que forman las Facultades de Medicina y su adecuación a las necesidades del país, en el evento se constató la incorporación de los programas de ciencias sociales y de tipo comunal de extramuros en los currículos de las Facultades de Medicina. En ese sentido, se constata que las Facultades de Medicina carecen de información objetiva sobre el tipo de Médico que han formado. Por ello, se identifica la necesidad de estudios evaluativos que permitan conocer su formación clínica y las limitaciones que ha encontrado frente a la patología de la comunidad, la reacción del médico frente al medio y la del medio frente a este Médico.

Se propuso que el médico formado deberá tener una preparación científica básica que lo capacite para asumir una actitud reflexiva y crítica, con capacidad de superarse por medio del estudio continuado y apto para tomar decisiones atinadas. Este Médico debe continuar ligado a una facultad de medicina a través de un intercambio continuado. Asimismo, se recomendó dar más énfasis al desarrollo de programas materno-infantiles y la realización de estudios epidemiológicos a fin de tener mayor conocimiento de las causas de los daños a la población (ASPEFAM, 1968).

El golpe de estado que lleva al poder al General Juan Velasco Alvarado, significa un cambio importante en el escenario de ASPEFAM. Luego de una etapa de incertidumbre, se constata un cambio en el relacionamiento con la nueva conducción del Ministerio de Salud. El funcionariado del Ministerio de Salud comienza a incorporar la participación de la Asociación en diversas iniciativas de políticas institucionales, expresadas en la Comisión de conformación del Colegio Médico; el apoyo a la propuesta de ejercicio de medicina rural, previo a la titulación médica. Posteriormente, el Director Superior del Ministerio de Salud, Dr. David Tejada de Rivero propuso a ASPEFAM las siguientes iniciativas:

- Encuesta de atención médica en el Medio Rural
- Proyecto de Delimitación de áreas geográficas de las Facultades de Medicina
- Proyecto de Acreditación de Hospitales para internado y Residencia

Sin embargo, el escenario seguía moviéndose dramáticamente. El gobierno militar emitió una nueva Ley Universitaria, el Decreto Ley 17437, del 18 de febrero de 1969, que cambió radicalmente el escenario universitario al reemplazar las facultades por un régimen basado en departamentos, creando los Programas Académicos. Fue toda una crisis para la naciente

Asociación Peruana de Facultades de Medicina, la cual paso a constituirse en una Asociación de Programas Académicos de Medicina. Sin embargo, los nuevos programas académicos no manejaban presupuesto propio, al estar la función presupuestal centralizada en la universidad. Ello implicó la falta de cotización a la Asociación por parte de sus miembros, lo que trajo como consecuencia un escenario de alta inestabilidad financiera para la gestión de ASPEFAM.

En mayo de 1969, la renuncia del Dr. Carlos Lanfranco al Decanato de San Fernando y por ende a la presidencia de la Asociación motivó una nueva elección en agosto. El Dr. Guzmán Barrón fue elegido nuevamente presidente de ASPEFAM. Rubín de Celis fue nombrado contraparte del MINSA, para efectos de coordinación con la nueva gestión de la Asociación. Ese mismo mes, el Secretario Ejecutivo de ASPEFAM, Dr. Ángel Ugarte, dio a conocer la precaria situación económica de la institución. Se había solicitado al país que se inscriba en el Fondo Panamericano de Educación Médica. A pesar del ofrecimiento del MINSA de consignar una partida para la membresía a dicho programa en el presupuesto de 1970, se veía que al momento era imposible. En ese escenario, el Dr. Guzmán Barrón propuso solicitar un subsidio anual al Instituto Hipólito Unanue. En diciembre de 1969, el Dr. Guzmán Barrón renuncia a la presidencia de ASPEFAM, como consecuencia de su renuncia a la conducción del Programa Académico de Medicina de San Marcos. Se elige en su reemplazo al Dr. Vitaliano Manrique, cuya gestión enfrenta la etapa más dura de la crisis. En ese sentido, el Secretario Ejecutivo, Dr. Ángel Ugarte, en un gesto excepcional de compromiso con la institución, renunció a sus haberes para poder mantener en funcionamiento la oficina de la Asociación.

La década del setenta se caracterizó por el dinamismo de ASPEFAM. Por un lado, existía la necesidad de impulsar iniciativas que pudieran generar apoyo y recursos para la institución, dada la persistencia de limitaciones económicas derivadas de la debilidad financiera de sus miembros.

La Universidad de Trujillo organizó, con apoyo de la OPS, la primera Convención de Hospitales Docentes. Posteriormente, en forma conjunta con la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, se organizó el Seminario de Educación Médica *La Enseñanza de la Atención Materno-Infantil dirigida a la comunidad* (Paracas, diciembre de 1970). El Informe Final del Seminario, planteó la multicausalidad de los problemas de salud materno-infantil y el convencimiento de que la raíz fundamental del problema lo constituye la situación económico-social

del país. Asimismo, se señaló que el problema principal es la falta de integración del sector, que genera duplicación de funciones, dispendio de recursos y que contribuye a mantener una injusta estratificación social de los diversos grupos de población. Fue consenso de que, a pesar de sus intentos, la universidad peruana aún no estaba preparando al personal con la formación integral que requieren las necesidades del país. Por ello se necesitaba de los mecanismos adecuados de coordinación con los organismos encargados del planeamiento y conducción de los programas de salud de la madre y el niño a nivel del MINSA. Esta coordinación constituiría el mecanismo fundamental para una conjunción armoniosa entre la formación del personal de salud que el país necesita, su adecuada utilización y la racional programación de los objetivos del sector salud.

El Seminario enfatizó la impostergable necesidad de unificar todo el sector salud como la medida más importante de una política sanitaria que responda a las necesidades de la población y que permita una mejor coordinación entre los organismos del sector salud y la universidad peruana. Existió acuerdo en señalar que la integración y coordinación deben establecerse en forma multisectorial y a todo nivel, como garantía de un eficiente e integral servicio a la comunidad. Respecto al análisis del proceso formativo, los grupos de trabajo del Seminario señalaron deficiencias en la relación profesor-alumno, en los contenidos docentes, los métodos de enseñanza, la preparación profesoral, la coordinación interdepartamental y la escasa proyección a la comunidad, con limitadas y a veces inexistentes actividades extramurales. Dentro de las intervenciones identificadas en el Seminario, se planteó una mayor articulación interdisciplinaria, una enseñanza integrada, el establecimiento de un trabajo coordinado con los servicios periféricos de salud y la realización de un ciclo de internado rural (Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina-ASPEFAM, 1970).

Como consecuencia de esta discusión, se vio por conveniente avanzar en procesos de mejora de los planes de estudios, lo que motivó la organización, con financiamiento de la Federación Panamericana de Facultades de Medicina (FEPAFEM), del Seminario Nacional de Medicina Humana, con la asistencia de 47 participantes de los Programas Académicos de Medicina, representantes de la Oficina Sanitaria Panamericana, Escuela Nacional de Salud Pública, el Consejo Nacional de la Universidad Peruana y el Colegio Médico del Perú. El evento se realizó en Paracas, del 17 al 20 de marzo de 1971.

Para efectos de generar evidencias para la discusión, la Dirección Ejecutiva de ASPEFAM aplicó, a nivel de los programas académicos, un cuestionario sobre currículo de estudio de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. El temario desarrollado fue el siguiente:

- Balance del actual currículo de estudios de los Programas Académicos de Medicina (Discusión del informe preliminar de la encuesta)
- Fijación de objetivos nacionales para la formación de médicos
- Estrategia y metodología de los cambios curriculares

Sin embargo, esta discusión no logró prosperar, lo que motivó que la Asociación buscara una nueva oportunidad. Esta se dio a partir de un Taller de Educación Médica sobre Diseño Curricular, con el apoyo de OPS y el Instituto Hipólito Unanue, realizado en Chaclacayo del 29 de noviembre al 3 de diciembre de 1976. Una muestra de la voluntad política de ingresar a una dinámica de cambios fue que el evento contó con la participación del Dr. Luis Carlos Lobo, Director del Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES) y de su Sub Director, el Dr. Henri E. Jouval.

El Taller desarrolló los temas siguientes:

- Tendencias actuales de la Educación Médica
- Estado actual de la Educación Médica en el Perú
- Planificación curricular
- Estructuración del currículo de estudios de pre-grado de Medicina en el Perú
- Experiencias adquiridas en el Servicio Civil de Graduados de las Ciencias de la Salud (SECIGRA-Salud)
- Marco Conceptual, estructural y metodológico del currículo

Entre las conclusiones del Taller (ASPEFAM, 1977), las más importantes fueron las siguientes:

1. En el momento actual las instituciones de Educación Médica del Perú carecen de un diseño curricular que se ajuste a las necesidades del país.

2. Es menester generar nuevos rumbos en el diseño curricular del pregrado de Medicina, para dar un mayor énfasis al aprendizaje que a la enseñanza, a la individualización del proceso educativo, a la autoinstrucción y a la adecuada integración Docente-Asistencial.
3. La planificación curricular deberá reconocer apropiadamente los factores determinantes y explicar los marcos conceptual, metodológico y estructural y los objetivos cognitivos, psicomotores y afectivos del proceso enseñanza-aprendizaje.
4. En el diseño de un currículo de pregrado se debe reconocer la significativa vigencia de los determinantes sociales, la necesidad de utilizar los aspectos positivos de la documentación legal existente y la posibilidad de promover cambios en sus aspectos negativos y, eventualmente, contribuir en la formación de políticas de salud del país.
5. El SECIGRA-Salud, en actual proceso de ejecución, es un factor generador de conocimiento vivo de la realidad de salud del país y de estímulo de inquietudes para la reforma curricular. Se constituye además en un laboratorio viviente de relaciones humanas e intragrupales.
6. En el momento actual, existe inadecuación entre la formación que ofrecen los Programas Académicos de medicina y las actividades profesionales de los egresados de los sectores mayoritarios de la comunidad. Asimismo, la infraestructura de salud del país es inadecuada para las necesidades logísticas que plantean tales actividades.
7. La formación del futuro Médico peruano, debe ser integral y flexible y generar un profesional solidario, imbuido de conocimiento de la realidad nacional, con acentuado sentido crítico, actitud científica y alta calidad ética.

En concordancia con los acuerdos del Taller, en 1977, ASPEFAM desarrolló el Seminario Nacional sobre Reestructuración de los Programas Académicos de Medicina Humana, desarrollado a fines de noviembre. En esa línea, la Universidad Nacional de Trujillo avanzó con un Proyecto de Currículo para la Enseñanza de la Medicina en las universidades peruanas (Cárdenas, Hernández, Llaque, & Rosell, 1977).



Ilustración 7. Dr. Jorge Vinatea Collins, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo con su Junta Directiva, periodo 1973-1974.

Una iniciativa importante de desarrollo auspiciada por ASPEFAM, fue la creación de un Centro Multinacional para la Enseñanza Avanzada de la Fisiología y Patología de Altura, para la cual se gestionó un proyecto ante la Federación Panamericana de Facultades de Medicina, con sede en Colombia, consiguiéndose un fondo de 30 000 dólares y una contrapartida de 20 000 dólares por parte del gobierno peruano. El proyecto fue desarrollado en forma conjunta por dos universidades, a través de sus institutos de Altura: la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y la Universidad Peruana Cayetano Heredia, las cuales recibieron un 50 % de los fondos, a partir del convenio suscrito el 11 de noviembre de 1971. Asimismo, gracias a gestiones adicionales realizadas por el presidente de ASPEFAM, Dr. Jorge de Vinatea Collins y del Director Ejecutivo, Dr. Miguel Santillana Cantella, se lograron fondos adicionales para el desarrollo de las actividades de la Institución (Asociación de Programas Académicos de Medicina. Dirección Ejecutiva, 1973).

Asimismo, ASPEFAM continuó el desarrollo de Talleres orientados a problemáticas específicas de los planes de estudio. Así se realizó el Seminario sobre evaluación de la enseñanza de la demografía en los Programas Académicos de Medicina Humana del Perú, evaluando los avances realizados en tres programas académicos del país (ASPEFAM, 1973). Posteriormente se realizó una evaluación de alcance nacional de la

enseñanza de la medicina preventiva en los Programas Académicos del país. En general, se planteó que la enseñanza de estos contenidos tenía tradicionalmente asignadas muy pocas horas de estudio y su ubicación en los planes de estudios era inadecuada, planteándose un conjunto de recomendaciones para su desarrollo (Torres, J., & Márquez, 1975).

Un elemento altamente significativo fue el desarrollo, por parte de ASPEFAM, de iniciativas para una política pública de integración docente-asistencial. Si bien el gobierno militar no tenía una política de acercamiento a las universidades, fue sumamente permeable al desarrollo de iniciativas por parte del funcionariado del MINSa. En este caso, se dio la oportunidad de que el Dr. Carlos Neuenschwander Landa, ex decano de la Facultad de Medicina de la UNSA de Arequipa y ex miembro de ASPEFAM, fuera nombrado Director de la Oficina de Organización y Métodos, y presidiera un comité técnico responsable de los asuntos docentes a nivel del Ministerio de Salud. Ello permitió una articulación del trabajo de ASPEFAM con el MINSa, lo que se expresó en un conjunto de disposiciones orientadas a institucionalizar un espacio de trabajo para el desarrollo de una política pública de integración docente- asistencial, como son:

- Decreto Supremo 0009-71 SA/DS, que crea una comisión intersectorial encargada de proponer las bases normativas para los sectores Salud, Trabajo y la universidad peruana, para la utilización de los recursos humanos y físicos de ambas partes con fines asistenciales y docentes. En esta comisión, el representante de ASPEFAM fue el Dr. Andrés Rotta, Director del Programa Académico de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y Vice-Presidente de la Asociación.
- Decreto Supremo 0055/SA, por el que se constituye una comisión intersectorial para normar los convenios docentes-asistenciales. El representante de ASPEFAM fue el Dr. Jorge Vinatea, Presidente de la Asociación.

El 10 de agosto de 1971, ASPEFAM, a partir del grupo de trabajo integrado por los Directores de los Programas Académicos de Medicina, el Director de la Escuela Nacional de Salud Pública y el Director Ejecutivo de la Asociación, hizo llegar las observaciones y modificaciones sugeridas a la comisión multisectorial constituida para elaborar las bases de los convenios entre el Ministerio de Salud y las Universidades que tienen Programas Académicos de Ciencias de la Salud, las cuales fueron incorporadas a la Resolución Ministerial 000267-72-SA/DS.

Esta Resolución Ministerial constituyó un enorme logro de política pública, al establecer un marco de regulatorio que articulaba la labor del Ministerio de Salud con las Universidades. Por su importancia y por sus implicancias en términos de política pública, detallamos sus principales elementos de base doctrinaria.

- 1.1 Los objetivos de los Programas Académicos de las Ciencias de la Salud se derivan de las necesidades de salud de la comunidad y, por lo tanto, deben tender a concordar con los del Plan Sectorial de Salud. Este criterio ha sido sentado en numerosos Seminarios de Educación Médica y conlleva la necesidad de modificar los currículos, para asignarles responsabilidad mediante el cumplimiento del factor *servicio*, dando a los educandos la oportunidad de participar activa y gradualmente en la solución de la problemática de salud sin que ello entrañe, en ningún caso, desnaturalización de los fines específicos del proceso de enseñanza-aprendizaje.
- 1.2 Las acciones de salud y docencia deben tener un enfoque integral, es decir, estar orientadas hacia la prevención, reparación, promoción y rehabilitación.
- 1.3 Por ello, las acciones de salud y docencia de medicina integral deben realizarse no sólo en ambientes hospitalarios sino en todos los que constituyen el sistema ejecutivo del Ministerio de Salud, para brindar así a los alumnos de las ciencias de la salud la oportunidad de conocer a través de la *enseñanza en servicio*, la multiplicidad causal de la enfermedad y a la comunidad, mayor cobertura en atención de salud.
- 1.4 Los organismos del Sector Salud y las universidades con programas académicos de ciencias de la salud deben cumplir, además, permanente labor de investigación como función específica de su misión y deben tratar de encontrar nuevos sistemas, procedimientos y soluciones. De esta manera, estos organismos pueden transformarse en áreas de experiencia y demostración.
- 1.5 El Ministerio de Salud y las universidades, al coordinar sus actividades, constituirán una *comunidad de acciones de salud y docencia*; para lo cual comprometerán la totalidad de los recursos disponibles de los establecimientos implicados en el convenio y deberán participar, en la medida de su competencia, con igual responsabilidad en ambos aspectos.

- 1.6 Sin embargo, en los convenios que se suscriba entre el Ministerio de Salud y las Universidades, ninguna de las dos entidades asumirá obligaciones o dependencias administrativas o técnicas distintas a las que señalan sus leyes de creación y sus reglamentos vigentes, como lo establece el artículo 3.º del Decreto Supremo 0055-71-SA.
- 1.7 El respeto recíproco de los fueros de las entidades que participan en los convenios, así como la efectiva coordinación de sus actividades, quedarán asegurados mediante el sistema de Programación Conjunta que se describe en el numeral 3.4 del punto III de las siguientes bases.
- 1.8 Por otra parte, las acciones de salud y docencia que se desarrollan como consecuencia de la *Programación Conjunta* no comprometen de inicio, a las universidades, al desarrollo de todo el plan de salud a efectuarse en una región, zona o área; sino en aquellas acciones en las que sea pertinente su participación y de acuerdo con la capacidad de sus recursos.

Estas bases doctrinarias plantean elementos fundamentales en la política pública. Primero, el concepto de *Enseñanza en Servicio*, que articula la experiencia de aprendizaje con la acción sanitaria expresada en términos de un enfoque integral, es decir orientadas hacia la prevención, reparación, promoción y rehabilitación. Para ASPEFAM significaba pasar de la discusión de la década del sesenta, orientada a la aspiración del Hospital Docente, a un marco amplio de actividades sanitarias concebidas como espacios de enseñanza. El concepto “Comunidad de Acciones de Salud y Docencia” es un constructo enormemente avanzado para la forma como el Ministerio de Salud y la Universidad Peruana concebían la integración Docente-Asistencial.

La denominada “Programación Conjunta” planteaba la necesidad de un procedimiento para plasmar un despliegue territorial de las acciones de lo que se conceptualizaba como integración Docente-Asistencial. En realidad, este concepto recoge un desarrollo realizado por ASPEFAM desde la década del setenta, de lo que se denominó Áreas de influencia de los seis programas de medicina de entonces. El 19 de julio de 1971, ASPEFAM se reunió con el Sr. Ministro de Salud de aquel entonces, General FAP Francisco Miró Quesada, para la discusión del Plan Sectorial de Salud, planteándose la necesidad de abordar la configuración de lo que se denominó Áreas de Salud Asistenciales-Docentes. Estas propuestas fueron incorporadas en la Resolución Ministerial 000267-72. Ello explica

el desarrollo de los puntos 3.1 y 3.2 de las bases programáticas de la mencionada resolución que señala lo siguiente:

“Presentando el Perú una variada ecología en relación con sus tres regiones geográficas, costa, sierra y selva, es preciso que la formación del profesional de la salud se efectúe de acuerdo con la problemática de estas tres regiones, por lo cual, los convenios que se celebren entre el Ministerio de Salud y las Universidades con Programas Académicos de Ciencias de la Salud, tendrán como base programática un área geográfica que involucre las regiones antes mencionadas y no se circunscriba solamente a hospitales o servicios aislados”

“La asistencia y la docencia en salud comprenden distintos niveles que están en función de objetivos de servicio y de enseñanza-aprendizaje, para cuyo cumplimiento se requiere la utilización de establecimientos con diferentes grados de complejidad. En consecuencia, los convenios se referirán a los siguientes tipos de establecimientos: un hospital base-regional, hospitales generales, consultorios de pueblos jóvenes, centros de salud, puestos médicos y puestos sanitarios. Cada Universidad utilizará como sede principal de sus actividades, un solo Hospital Regional conectado con el resto del sistema de un Área Hospitalaria. Excepcionalmente, cuando no exista más que un solo Hospital Base, éste podrá ser compartido en su utilización por más de una Universidad si es que sus posibilidades de recursos lo permitieran.”

Un elemento absolutamente innovador fue la Programación Conjunta, planteada en la Resolución Ministerial 000267-72. En ella tenían que plasmarse todos los arreglos institucionales necesarios para el desarrollo de una *comunidad de acciones de salud y docencia*, lo que implicaba cosas tangibles como especificar los aportes de recursos materiales, económicos y humanos de cada institución al servicio de la integración Docente-Asistencial; las coordinaciones para el uso de locales y equipos; la programación conjunta de los recursos asistenciales para armonizar el cumplimiento de las obligaciones asistenciales y docentes, coordinación de los sistemas de remuneraciones, programas de investigación, planificación, supervisión y evaluación de los programas regionales; entre otros arreglos contemplados en la resolución.

Era evidente que la visión, encarnada en el modelo de integración Docente-Asistencial, iba más allá a las posibilidades tanto del Ministerio de Salud, como del sistema universitario. Sin embargo, más allá de las limitaciones de recursos, la cultura organizacional de los actores

institucionales, no estaba a la altura de las innovaciones propuestas por la Resolución Ministerial 000267-72. Como lo señaló un destacado testigo del proceso: “(...) muy poco de lo legislado se realizó, porque, por debajo de la letra y de las buenas intenciones, latía siempre el típico individualismo de nuestra idiosincrasia y cada una de las instituciones prefirió mantener su absoluta e intangible independencia (...)” (Neuenschwander, 1998).

A pesar de las dificultades existentes, ASPEFAM con el propósito de obtener una experiencia que pudiera ser replicable en zonas similares, promovió el proyecto Modelo de Atención Simplificada de Salud en la ciudad de Arequipa, desarrollado en el Programa Académico de Medicina Humana de la Universidad San Agustín. Se realizó en convenio con la Región de Salud Sur Occidental y fue liderado por el Dr. Federico Ugarte, todo ello en el marco de la Resolución Ministerial 000267-72. El objetivo principal del proyecto fue contribuir a mejorar las condiciones de vida de las comunidades periurbanas de Arequipa, a través de un modelo simplificado de prestación de salud, con las siguientes características:

- Participación activa de la comunidad en el planeamiento y desarrollo de las acciones de salud.
- Incorporación del nivel básico casa (vivienda familiar) en el sistema de organización de la Región de Salud Sur Occidental.
- Desarrollo de recursos humanos a nivel básico: Auxiliares, Promotoras y Comadronas.

Sin embargo, a pesar de todos los esfuerzos, el proceso de integración Docente-Asistencial se desestructuró al orientar el MINSA todo su esfuerzo al programa Secigra, que se articuló a las estrategias de intervención del Ministerio de Salud, con una escasa participación de las universidades, las cuales fueron sobrepasadas por la complejidad del programa, donde enfrentaban una enorme presión por los requerimientos de los participantes egresados. De otro lado, existió un escenario de una gran debilidad institucional en el sistema universitario, además de las restricciones propias de la crisis económica, que se hizo más ostensible a partir de 1977 y que impactó fuertemente en la dinámica de los servicios de salud.

CAPÍTULO 2 ... Consolidación en plenos vientos de cambio



La década del ochenta fue muy significativa para ASPEFAM y dio origen a uno de los ciclos más largos de desarrollo institucional. En este periodo se desplegó un importante esfuerzo orientado al fortalecimiento de la Educación Médica en el país, con la experiencia de desarrollo de evaluaciones de los planes de estudio y propuestas de mejoras e innovaciones parciales realizadas en la década anterior.

En una primera etapa, se desarrolló un trabajo orientado a promover el desarrollo de la Medicina Familiar en el país. Ello se debió, primero a los esfuerzos de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina (FEPAFEM) para introducir el modelo del Médico General en el marco de la implementación de los modelos de integración Docente-Asistencial (FEPAFEM, 1977). En el marco de las múltiples respuestas que tuvo la conferencia de Alma Atá de 1978 y el objetivo político planteado de *Salud para Todos* en el año 2000, la Asociación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, a partir de los acuerdos de la Conferencia Panamericana de Educación Médica sobre los Médicos Generales/Familiares para responder a las necesidades de la Atención Primaria en el Hemisferio Occidental, realizada en New Orleans, del 27 al 29 de octubre de 1978. Al año siguiente, en el mes de julio inició un programa destinado a la promoción de la Medicina Familiar y específicamente a la formación y utilización de Médicos de Familia como un recurso profesional que puede ofrecer a la población atención médica primaria integral.

Posteriormente, el Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue, a partir del convenio existente con FEPAFEM, estableció la organización de un grupo de trabajo encargado de elaborar un documento de política subregional andina sobre Medicina General/Familiar para ser puesto en consideración de los Ministerios de Salud de los países del área andina (Convenio Hipólito Unanue; Secretaría Ejecutiva, 1980). En el Perú, esta iniciativa dio lugar a la creación de la Comisión Nacional de Atención Primaria, por parte del Ministerio de Salud en el año 1981, lo que permitió articular esfuerzos con la iniciativa de ASPEFAM de desarrollar un Seminario-Taller que permita la orientación de los planes de estudios a la formación de médicos generales.

El Taller se realizó en el marco del Seminario Nacional de ASPEFAM, entre el 28 y 31 de mayo de 1981, bajo el nombre de Medicina General/Familiar. Hacia un nuevo concepto de la atención salud-enfermedad. Por un lado, se planteó un amplio marco conceptual, desarrollado por el Dr. Julio Ceitlin, Director de Programas de FEPAFEM, donde se mostró los

diversos desarrollos de Medicina Familiar en los Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido. Posteriormente, el Ministerio de Salud presentó las características del *Aparato Prestador Público*, organizado territorialmente en áreas hospitalarias que adolecen de una deficiente implementación en los niveles cercanos a la población e importantes limitaciones en los recursos y capacidades para el desarrollo de acciones en el primer nivel de atención. Estas circunstancias llevan a la conclusión de que el Sistema Prestador de Servicios no está diseñado para dar una oferta acorde con las necesidades de la población a la cual debe servir. A pesar de ello, el Estado Peruano ha estado ofertando un número reducido de plazas para médicos generales. El Ministerio de Salud identificaba la necesidad de realizar estudios para una planificación de los recursos humanos necesarios y para diseñar una formación racional de los médicos generales adecuados a las necesidades de las comunidades.



Ilustración 8. *Publicación del Seminario Nacional de ASPEFAM organizado en mayo de 1981, promoviendo el desarrollo de la Medicina General Familiar.*

Las discusiones del Taller, concluyeron que las universidades no formaban Médicos con las competencias requeridas para un perfil orientado a la medicina de familia y que la ampliación de la cobertura de salud sólo podía hacerse a partir de un sistema de atención primaria. Asimismo, se planteó la necesidad de que el proceso de formación de los médicos generales, responda a una planificación conjunta entre la universidad y las entidades prestadoras. Finalmente, el Taller, consideró que la formación del Médico General/Familiar debe comenzar en el pregrado, considerando las siguientes condiciones:

- a. El establecimiento de un currículo de estudios que considere como objetivos las características señaladas para este profesional.
- b. El egresado del programa deberá ser resultado de una filosofía que imprima una actitud positiva, habilidades, destrezas y conocimientos adecuados para constituir el Médico General/Familiar.
- c. Inicialmente, la responsabilidad de la formación del profesional recaerá en la acción conjunta de todos de los departamentos. Es necesaria la presencia de docentes debidamente formados que actúen como agentes de cambio en cada departamento.
- d. No es absolutamente necesario el establecimiento de una asignatura o departamento especial de Medicina Familiar al inicio del programa.
- e. Deberá considerarse el contacto temprano y progresivo del estudiante en el grupo familiar y la comunidad.

Asimismo, el Taller planteó estrategias para la formación del Médico General/Familiar. Además de recomendaciones para su utilización adecuada, incluyendo la necesidad de una línea de carrera profesional y un esquema de incentivos económicos por parte las Instituciones Prestadoras, orientadas a una descentralización de la oferta sanitaria (ASPEFAM, 1981).

En la década del ochenta se presentan proyectos de creación de nuevas Facultades de Medicina. ASPEFAM, enfrentó este escenario, tratando de generar consensos en torno a criterios básicos para la formación de Facultades de Medicina que implicaba, en la práctica, el regreso al debate de los dos primeros Seminarios de Educación Médica de la década del sesenta. En ese sentido, ASPEFAM con el apoyo financiero de la OPS y el auspicio del Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, el Convenio

Hipólito Unanue y el Colegio Médico del Perú, convocó a un Seminario Taller, a fin de discutir un conjunto de indicadores orientados a identificar los componentes mínimos requeridos para la formación de nuevas Facultades de Medicina en el Perú. Para ello, se planteó un modelo de encuesta a fin de obtener indicadores para un perfil de las capacidades mínimas requeridas en los nuevos proyectos a analizar con estos criterios. En el evento participaron todos los Programas Académicos de Medicina existentes y, como invitados, dos programas académicos en proceso de creación, pertenecientes a las universidades nacionales San Antonio de Abad del Cusco y de Piura.

En el Seminario Taller, efectuado en Santa Clara, Lima, del 10 al 14 de setiembre de 1980, se organizaron grupos de trabajo para discutir los indicadores que abarcaban los siguientes aspectos a evaluar en los Programas Académicos de Medicina:

- Producto final
- Estructura curricular
- Metodología
- Evaluación
- Recursos humanos
- Integración docente-asistencial
- Estructura académico-administrativa
- Presupuesto

Respecto al producto final del proceso formativo de los Programas Académicos de Medicina, los indicadores planteados no alcanzaron consenso en la reunión. En el análisis a partir de las encuestas, de los indicadores, los grupos coincidieron en reconocer que el producto final no está en relación con las acciones de salud, hecho que demuestra la profunda descoordinación entre Instituciones Formadoras de Recursos Humanos y los Sistemas de Salud que sostienen los servicios. Respecto al perfil profesional, los participantes del Seminario, señalaron que no era posible su evaluación por falta de información disponible. Para el logro de este objetivo, se considera como punto de partida reconocer que los conocimientos, habilidades y destrezas deben estar referidos a las necesidades en la prestación de servicios dentro de la estructura de salud, guardando plena concordancia con los fines educacionales de la universidad. Todo ello conducía a establecer las siguientes acciones:

- Mantener una coordinación efectiva entre los programas formadores de recursos humanos, los sectores que requieren del producto formado y los organismos que generan las decisiones políticas.
- Propiciar un cambio de actitud de la comunidad a la que se ofrece el servicio.
- Formular indicadores precisos y coherentes con nuestra realidad.
- Todo lo cual conduce a la necesidad de reestructurar los actuales currículos. Para alcanzar este propósito se plantea realizar un Seminario-Taller *ad-hoc*.
- Respecto a la integración Docente-Asistencial, los grupos de discusión señalaron que conciben el proceso como un espacio de auténtica coordinación, para que dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje se utilice en todos los niveles de la prestación de servicios, a fin de controlar la teorización y conectar al estudiante con su realidad, para que se reconozca y se identifique con ella. Lo que concomitantemente contribuye a mejorar el nivel de asistencia de salud en la comunidad.

En ese sentido, los participantes del Seminario plantearon que, para alcanzar su máximo desarrollo, la integración Docente-Asistencial debe comprender los niveles de planificación, operación y evaluación. La optimización de este principio debe incluir la incorporación temprana del estudiante en los servicios de salud, de forma progresiva y supervisada, a lo largo del plan de estudios. Asimismo, los grupos reconocen que la concentración de los docentes en grandes hospitales generales y especializados, restringen la formación del estudiante y lo inducen equivocadamente a la medicina compleja y especializada. Es importante remarcar la importancia que dieron los grupos al reconocer la necesidad de convenios bilaterales entre la Universidad y la Institución Prestadora, para desarrollar estas funciones en un marco de mutuo beneficio. Se señaló también que una integración Docente-Asistencial que abarque, en forma proporcionada, todos los niveles de atención, exige un cambio curricular y un cambio de actitud de los docentes (Campos Rey de Castro, 1980).

La Federación Panamericana de Asociación de Facultades (FEPAFEM), a través de su Programa Latinoamericano para el Desarrollo de la Educación Médica, con el apoyo de la Fundación Kellogg, desarrolló una iniciativa de autoevaluación de las Escuelas de Ciencias de la Salud a partir de

un instrumento denominado *Método Prospectivo*, que abandonaba la orientación tradicional que sanciona las tendencias mecánicas de los procesos sociales y permite orientarlos hacia objetivos sociales deseables a partir de indicadores orientados al logro de un futuro deseable. La imagen-objetivo de la institución de educación médica, resultante de este ejercicio, no constituye una propuesta apriorística, un perfil idealista, producto de la imaginación de algunos educadores que esperan facultades de avanzada, casi perfectas. Por el contrario, el modelo está totalmente apoyado en la realidad regional y forma parte integrante de la situación socioeconómica y política de su época. Para el desarrollo de la evaluación, se aplicaba un set de 43 indicadores, que describían elementos de contexto, estructura, función e integralidad (Ferreira, 1986).

En el proceso participaron once Facultades de Medicina, tanto las integrantes de ASPEFAM, como las de reciente creación: Universidad Nacional San Antonio de Abad del Cusco; Universidad Nacional de Piura; Universidad Nacional del Altiplano, Puno; Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque; y la Universidad Nacional de la Amazonía, Iquitos. Para el desarrollo de la evaluación en el Perú, ASPEFAM, con el apoyo de la OPS, organizó cuatro Seminarios de evaluación.

Un primer Seminario de Autoevaluación de Facultades o Escuelas de Medicina, del 9 al 11 de octubre de 1985. Esta reunión tuvo la finalidad de promover en el país un proceso de reflexión permanente sobre las actividades de las Escuelas Médicas, que permitiera propiciar los cambios que fueran necesarios y estimular la creación o acción de grupos de trabajo para su realización y la discusión de un cronograma de ejecución.

Los siguientes Seminarios se realizaron el año siguiente: el segundo, del 12 al 14 de marzo, el tercero del 11 al 13 de julio y el cuarto del 29 al 31 octubre de 1986. El prolongado proceso de desarrollo de los instrumentos, estuvo relacionado a las limitaciones de recursos disponibles para el apoyo a las universidades involucradas, a la diferente dinámica de trabajo de las instituciones participantes y la dificultad para la verificación de varios de los datos a consignar para el desarrollo del instrumento.

Luego de estos Seminarios, los aspectos más importantes identificados por ASPEFAM fueron los siguientes:

- La planificación conjunta de actividades Docente-Asistenciales es el ítem de menor desarrollo.

- La formación se realiza fundamentalmente en el tercer nivel de atención de salud.
- Se debe elaborar un plan general de recursos humanos para la salud del país y ajustar la programación académica de pre y post grado a estas necesidades.
- La información biomédica y el desarrollo de bibliotecas es muy deficiente.
- Existe un divorcio absoluto entre el diseño presupuestal y los fines y programas de las facultades.
- Hay poco desarrollo de los mecanismos de integración interna de las facultades a nivel interdisciplinario y de la enseñanza multiprofesional.

En ese sentido ASPEFAM consideró, en el marco de la evaluación, que es recomendable la revisión periódica de los contenidos de las diversas asignaturas que comprenden los currículos de estudios, y que debe formularse una nueva tecnología educativa que implique la exposición temprana del estudiante al conocimiento de la realidad nacional, ampliando los espacios de enseñanza-aprendizaje al primer y segundo nivel de atención. En el análisis integral de los resultados, plantea que las actividades docente-asistenciales son uno de los ejes de menor desarrollo. En general, los resultados mostraron que el espacio de integración de estas actividades, ocurren fundamentalmente en hospitales de tercer nivel.

Era consenso en esa época la necesidad de un plan general de necesidades de recursos humanos para la salud del país y ajustar a este la programación académica del pre y post grado. La carrera médica se está tornando muy prolongada y costosa en un país que requiere ampliar rápidamente su cobertura de atención médica.

En general, los hallazgos de la evaluación realizada, mostraban un desarrollo modesto de la Educación Médica en el país, expresado en el hecho de que ninguno de los indicadores adoptados en la evaluación alcanzó un valor mayor del 70% y el promedio total arrojó un valor del 46%. Asimismo, se observó indicadores que exhibieron promedios bajos que llegaron hasta el 12%. En total, de un máximo de 430 puntos, las Facultades de Medicina evaluadas sólo alcanzaron un promedio de 198 puntos (ASPEFAM, 1986).

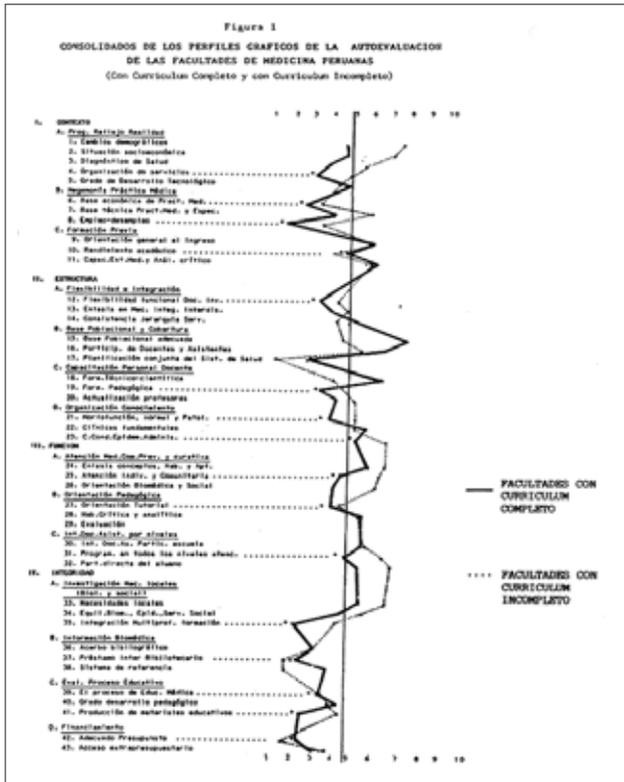


Ilustración 9. Resultados de la evaluación de algunos componentes del Plan de estudios de las Facultades de Medicina. ASPEFAM-OPS, Perú 1985.

Ante estos hallazgos de la evaluación, ASPEFAM formuló un conjunto de recomendaciones, dentro de ellas las siguientes:

- Revisar los Planes de Estudio a fin de mejorar la preparación de los alumnos en aspectos de promoción, prevención y administración en salud.
- Desarrollar una política de incentivos para la provisión de recursos humanos en las zonas rurales.
- Implementar y desarrollar una mejor red periférica de servicios de salud.
- Integrar dentro del currículo, de manera progresiva a lo largo de todos los años de estudio, estudios de medicina y experiencias de campo en zonas sub urbanas y rurales.

- Solicitar a las autoridades nacionales la promulgación de un dispositivo legal, que defina y formalice un sistema de integración de actividades docentes asistenciales. Para ello, se plantea un organismo de dirección colegiada, con la función de planificar, coordinar y supervisar las actividades y programas de Integración Docente-Asistencial (IDA). Este organismo debe comprender tres niveles básicos: nacional, departamental y hospitalario; donde se definirán las funciones de cada uno de ellos. A cada nivel se deberá integrar la Universidad, el Ministerio de Salud. El desarrollo progresivo de un sistema IDA, implica recomponer y redefinir las funciones de los servicios hospitalarios y de la universidad, a fin de realizar una eficiente docencia en servicio.
- En un análisis general, se observa que los presupuestos de las universidades son insuficientes, por lo que estas deben recibir mayor ayuda económica.

El proceso de evaluación dejó en claro la necesidad de una respuesta institucional para enfrentar un estancamiento del proceso de desarrollo de la Educación Médica. Ello implicaba un proyecto de articulación institucional que permita conducir el desarrollo del conjunto de las Facultades de Medicina. En ese sentido, dado el alcance nacional de las acciones de la Asociación y a la luz de los desafíos de la rápida expansión de las Facultades de Medicina en el Perú, la Asamblea General del 11 de julio de 1986, acordó la modificación de los objetivos de la Asociación, establecidos en su estatuto. De acuerdo a ello, los nuevos objetivos estaban orientados a:

1. Propender al progreso de la Educación Médica promoviendo y coordinando el desarrollo de las instituciones que la integran, en función a las necesidades del país.
2. Propender al intercambio permanente de experiencias docentes, homologación del currículo, sistemas de trabajo docente, intercambio de profesores u otras acciones de apoyo entre sus miembros y organizaciones afines.
3. Obtener la colaboración de instituciones internacionales y nacionales para el estudio y solución de los problemas relacionados con la Educación Médica.
4. Asesorar a las instituciones que la constituyen, así como a los organismos nacionales en el área de la Educación Médica.

5. Coordinar con las universidades y las instituciones efectoras de servicios del sector salud, los programas y actividades de integración docente asistencial en el área médica.
6. Promover y desarrollar y coordinar programas de Educación Médica Continua con el Colegio Médico del Perú y otras instituciones afines.
7. Constituirse en un organismo de discusión y de orientación de los diversos temas relacionados con el desarrollo de las actividades de la Educación Médica en el Perú y formular opiniones sobre asuntos relacionados con la salud.

Este proceso de proyección institucional se vio consolidado con la Resolución Ministerial 529-86 SA-DM, promulgada el 6 de noviembre de 1986, donde se designa a ASPEFAM como institución asesora del Ministerio de Salud en materia de Educación Médica. Posteriormente se emite la Resolución Ministerial 546-86-SA/DM aprobando el modelo de convenio que norma la cooperación docente-asistencial entre el MINSA y las universidades. El marco de referencia planteaba una posición que revelaba una noción de política pública en salud mucho más avanzada por parte del Ministerio de Salud como órgano rector del sector salud:

“La defensa y cuidado de la salud es uno de los objetivos básicos del Estado, para lo cual se han definido los lineamientos de política a cumplir por el sector salud, a fin de conseguir la participación plena de la población, una efectiva descentralización, una acción multisectorial que permita atacar los factores condicionantes de los problemas de salud con el desarrollo de nuevas formas de enfrentamiento a dichos problemas y la priorización de las acciones de salud en beneficio de los grupos más desprotegidos, especialmente el grupo materno-infantil, los campesinos del medio rural y los pobladores urbano-marginales.” (Ministerio de Salud, 1986)

Estos principios plantean la concurrencia de acciones del Ministerio de Salud y la Universidad, para lo cual se plantea un conjunto de acciones compartidas para la ampliación de cobertura y mejoramiento de la atención y cuidado de la salud de la población, dentro del ámbito de competencia de ambas instituciones. Es importante que el convenio se da en un contexto en el que el Ministerio de Salud plantea la acción sanitaria en un ámbito territorial, por ello el convenio proponía los siguientes objetivos específicos:

- a. Orientar el proceso de docencia-servicio hacia el cambio de actitud y comportamiento del educando para la búsqueda de la solución integral de los problemas de salud.
- b. Contribuir a la mejor formación de los profesionales de las ciencias de la salud, utilizando para dicho fin los diversos establecimientos de salud del Ministerio en el área de influencia acordada a la universidad.
- c. Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud.
- d. Incentivar y promover la investigación relativa a la salud, principalmente en los campos educativo, clínico, epidemiológico, operacional y social.
- e. Reforzar la motivación y actitud de servicio de los docentes y discentes, con proyección a la familia y la comunidad en general; con énfasis al grupo materno infantil y a la tercera edad y aplicando la estrategia de atención primaria.
- f. Desarrollar la acción docencia-servicio de salud bajo los principios de salud integral, con énfasis en lo concerniente a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y al trabajo integrado en grupos multidisciplinarios, con participación activa de la comunidad.
- g. Establecer canales de participación para que los miembros de la comunidad universitaria puedan asumir un rol activo en el cuidado de la salud de su medio familiar y la comunidad.

Asimismo, a fines de 1986, ASPEFAM, con la colaboración de organismos como la Oficina Sanitaria Panamericana y la Fundación Kellogg, inició un programa destinado a reformular las actividades de Integración Docente-Asistencial en el país, en las áreas de pregrado, internado y postgrado, con el objeto de mejorar la Educación Médica. El Ministerio de Salud, asimismo, ya comenzaba a formular sus primeras aproximaciones analíticas respecto a la integración Docente-Asistencial, con mucha influencia de las sistematizaciones realizadas por la Oficina Sanitaria Panamericana (Brito, 1987). Sin embargo, la dinámica institucional del MINSa y un contexto económico-social cada vez más complejo, hicieron que se retrasara la discusión de los lineamientos de política de recursos humanos y los arreglos institucionales para desplegar la integración (Primer Foro de Medicina y Salud, 1987). En ese sentido, en 1987 el Ministerio de Salud, a través del Decreto Supremo 022-87-SA, aprueba su nueva estructura

de organización, donde se crea la Dirección Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos. Este nuevo escenario institucional, si bien permitía dar continente al desarrollo de una política pública de fortalecimiento de la Educación Médica, retrasó la articulación del MINSa con las iniciativas de ASPEFAM.

La coyuntura del final de la década del ochenta fue sumamente compleja, dado que fue cuando las universidades sufrieron el mayor impacto de la crisis. Algunas universidades comenzaron a disminuir la intensidad de la participación en la Asociación por problemas económicos. Lo que hizo que la dinámica de ASPEFAM se concentrara en las universidades de Lima: Cayetano Heredia, Federico Villarreal y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; además de la Universidad San Luis Gonzaga y la Escuela Nacional de Salud Pública. Es en ese contexto, que se inicia en ASPEFAM la gestión del Dr. Rolando Gómez, Decano de la Facultad de Medicina San Luis Gonzaga, quien conjuntamente con el Dr. Francisco Sánchez Moreno, vicepresidente de su junta directiva, inició un proceso de gestión basado en buscar reducir al máximo los puntos de fricción institucional a fin de enfrentar de manera óptima el grave contexto social y económico que enfrentaba el sistema universitario.

La gestión del Dr. Gómez planteó una apuesta por una visión de *gran política*, que venía fuertemente influenciada por la activa agencia política de San Fernando, a través del *Foro Medicina y Salud*. Es en ese periodo, donde se plantea una visión de la política de ASPEFAM, que asociaba el desarrollo de las intervenciones de mejora de la Educación Médica con una incidencia en la gran política de salud. En ese escenario, la apuesta de ASPEFAM fue articular las intervenciones de mejora con el fortalecimiento de la capacidad de respuesta del nivel local de salud. Era en este escenario territorial local, donde las estrategias de Integración Docente Asistencial (IDAS) podían tener un impacto en la mejora del Sistema de Salud. Esto explica la gran actividad que se realizó a partir de ese año para impulsar el desarrollo de una iniciativa conjunta con el Ministerio de Salud (Sánchez Moreno, 2017). Una expresión de la apuesta de ASPEFAM por incidir en la *gran política* fue su participación activa en la elaboración del Proyecto de la Ley de Trabajo Médico y su reglamento, incluyendo la modalidad docente-asistencial.

La conmemoración de los 25 años de ASPEFAM, estuvo dirigida a proponer una política pública de fortalecimiento de la Educación Médica. El evento se realizó entre el 19 y 21 de enero de 1989, planteándose

los cambios necesarios en la Educación Médica orientada a partir del desarrollo de un sistema de integración docente asistencial, planteándose la necesidad de un *Plan Nacional de Educación Médica*. Esta aspiración fue asumida al más alto nivel, a partir de la Resolución Suprema 0007-89-SA/DM, al designar una comisión encargada de formular el proyecto *Plan Nacional de Educación Médica*. Dicha comisión estaba constituida por el presidente de ASPEFAM y dos representantes más de dicha institución, tres representantes del Ministerio de Salud, el representante de la Universidad ante el Consejo Nacional de Salud y el Decano del Colegio Médico del Perú. La presidencia de la comisión se ejercía en forma alternada por un representante del Ministerio de Salud y el presidente de ASPEFAM.

Asimismo, el Ministerio de Salud con la Resolución Suprema 099-89-SA, del 4 de octubre de 1989, aprobaba la actualización de la zonificación de las áreas de influencia de las universidades a fin de que su “equitativa distribución favorezca el desarrollo de la programación conjunta docente asistencial con participación de representantes de la comunidad” (Ministerio de Salud. Dirección Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos, 1989). El dispositivo propone un escenario de descentralización en salud, donde las Unidades Departamentales de Salud planifican en forma conjunta con las universidades sus actividades a nivel docente asistencial, estableciendo que en caso de que haya dos o más Universidades signatarias del convenio que coincidan en el mismo ámbito geográfico, se tendrá en cuenta a efectos del desarrollo de la programación conjunta los siguientes criterios:

- La Facultad o Escuela Académico Profesional más antigua tendrá precedencia sobre la más reciente.
- La universidad estatal tendrá precedencia sobre la universidad particular.

CAPÍTULO 3
...
**Avanzando en
la consolidación
de ASPEFAM**



La década del noventa aparecía enormemente favorable para el desarrollo de la Educación Médica en el Perú. La comisión designada por la Resolución Suprema 0007-89-SA/DM, para formular el proyecto Plan Nacional de Educación Médica, se constituyó con los siguientes representantes:

Ministerio de Salud

- Dr. César Lip Lichan (Escuela Nacional de Salud Pública)
- Dr. César Torres Zamudio
- Dr. José Luis Calderón

Asociación Peruana de Facultades de Medicina

- Dr. Francisco Sánchez Moreno
- Dr. Fernando Porturas Plaza
- Dr. Guillermo Morales Stiglich

Colegio Médico

- Dr. Jorge Rodríguez Larraín

Asimismo, se constituyó un Comité de Apoyo Técnico coordinado por la Sra. María Casas de Hayawaka, responsable de la Dirección de Formación de la Dirección de Recursos Humanos del MINSA e integrado por el equipo técnico y los asesores a corto plazo de las áreas de Planificación, Formación y Capacitación de la Dirección Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

Los días 2 y 3 de enero de 1990 se desarrolló, organizado en forma conjunta por el Ministerio de Salud y ASPEFAM, el Seminario Nacional de Integración Docencia Atención de Salud. Los objetivos de este evento, fueron los siguientes:

- Motivar a las Facultades de Medicina y entidades utilizadoras de recursos humanos de salud para la formulación del Programa de Integración docencia – atención de salud.
- Fortalecer y sistematizar las acciones de Integración-Docencia-Investigación-Servicio, entre las entidades formadoras y los servicios de salud.
- Contribuir a la formulación del Plan Nacional de Educación Médica, 1990.

Este evento fue un hito de enorme importancia. Por un lado, la presentación de las diversas experiencias mostradas, señalaban que los esfuerzos de ASPEFAM para impulsar desarrollos de integración docente-asistencial proyectados a un ámbito comunitario, estaban generando un escenario de confluencia con el Ministerio de Salud para generar un espacio de acción intersectorial a partir del trabajo en los ámbitos territoriales con las universidades. Si bien todavía existían entre las principales universidades grandes diferencias en el nivel de desarrollo de las experiencias de integración docente-asistencial, las universidades Peruana Cayetano Heredia, Nacional de Trujillo, San Agustín de Arequipa, Nacional San Luis Gonzaga de Ica y Nacional Mayor de San Marcos, presentaron en el evento sus diversas actividades y planes de desarrollo. Tal es el caso del presentado por la Unidad Departamental de Salud Lima-Ciudad que mostraba ya elementos tangibles de un despliegue territorial de la integración docente-asistencial, tal como se aprecia en el gráfico a continuación:

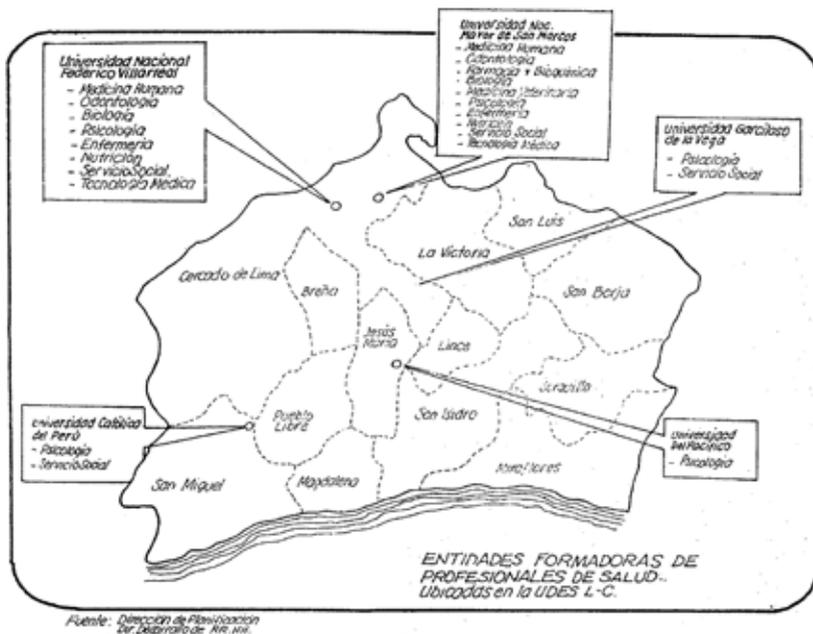


Ilustración 10. Escenario de Integración Docente-Asistencial Unidad Departamental de Salud Lima-Ciudad. Dr. Guillermo Contreras, marzo 1990.

Es importante señalar que el Ministerio de Salud, percibía la integración docencia-atención como una estrategia que conjugaba rectoría con intervención sanitaria. La visión del Ministerio de Salud a inicios de 1990 era la de un Sistema Nacional de Salud bajo la conducción de la autoridad sanitaria que se articula con el aparato formador a través de un instrumento de política concreto, el Plan Nacional de Salud, y que se expresa en intervenciones territoriales articuladas a partir del Plan Nacional de Integración Docente-Atención, las cuales están orientadas a la atención de las poblaciones vulnerables, tal como se expresa en la gráfica a continuación:



Ilustración 11. Estrategia de Integración Docente-Atención. Beteta E. Dirección Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos. Ministerio de Salud 1990.

Sin embargo, a pesar de la existencia de un despliegue progresivo de los instrumentos de política de Integración Docente-Asistencial (IDA), el Ministerio de Salud tenía una visión crítica del proceso. Por un lado, estaba el reconocimiento de la Integración Docente –Asistencial como un proceso de construcción social, con un enorme potencial para la mejora de la atención de salud, el proceso enseñanza-aprendizaje y la adecuada participación de la comunidad. Sin embargo, la viabilidad de la intervención dependía de factores sociales, políticos y económicos, y requería, entre otros aspectos, la existencia de un sistema de servicios de salud organizado por niveles, fluidez y adecuación tales que permita y facilite la participación y accesibilidad de la población a los servicios.

En ese sentido, el área técnica de Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud (Beteta, 1990) tenía claridad de las dificultades del contexto sectorial para la implementación de la propuesta de Integración Docente-Asistencial. Entre los aspectos considerar, señalan los siguientes:

- Conflicto de intereses y objetivos.
- Situaciones de poder compartidas.
- Antecedentes de muchas propuestas, en varias décadas, con los mismos actores sin éxito.
- Reparto de responsabilidades constitucionales a diferentes ministerios sin haberse definido acciones estratégicas intersectoriales.
- La crisis de la Universidad Peruana en el contexto de la realidad nacional.
- Transparencia u opacidad de la información para las decisiones estratégicas.

Justamente, por esas dificultades identificadas, en el evento se planteó una declaración política que planteaba por primera vez acuerdos políticos explícitos entre el Ministerio de Salud y otros actores sectoriales como el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), el Colegio Médico del Perú y ASPEFAM. Esta Declaración, denominada *Declaración de Huaura* se presenta a continuación.

Declaración de Huaura

Los firmantes, representantes de las instituciones asistentes al Seminario Nacional de Integración Docencia-Atención de Salud, reunidos en la ciudad de Huacho, provincia de Huara, considerando la situación de salud del país, declaramos:

1. Nuestra firme decisión de aunar voluntades y acciones para mejorar el nivel de salud, comprometiéndonos a realizar los esfuerzos necesarios a fin de alcanzar salud y seguridad social para todos los peruanos.
2. Las entidades formadoras y captadoras de profesionales en salud, disponiendo de sus potencialidades y recursos, articularemos políticas, estrategias y acciones para hacer realidad la integración docente-asistencial de salud, orientada por el nuevo paradigma biomédico social.
3. Las Facultades y Escuelas de nivel universitario en las áreas de salud, en función de dicho paradigma, concretaremos reformas curriculares para formar profesionales capaces de atender las necesidades reales de salud del individuo, la familia y la comunidad, con énfasis en las acciones preventivas promocionales.

Para desarrollar la integración docencia-atención de salud, así como para realizar con éxito en el sector salud el proceso nacional de regionalización, es imprescindible la pronta formulación y promulgación de la ley que norme el artículo 16 de la Constitución Política de Estado, conducente a la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, descentralizado y desconcentrado, desde el primer nivel de atención en la comunidad.

Huacho, 03 de marzo de 1990

Dr. Paul Caro Gamarra. Ministro de Salud

Dr. Rolando Gómez Cárdenas. Presidente de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina

Dr. Alejandro Ubillús Carrasco. Presidente Ejecutivo del Instituto Peruano de Seguridad Social

Dr. Jorge Rodríguez Larraín. Decano del Colegio Médico del Perú

A pesar de las enormes dificultades que presentaba el Ministerio de Salud en 1990, en un contexto de hiperinflación y saliendo de coyunturas sanitarias particularmente difíciles, como la epidemia de cólera, el Ministerio de Salud y ASPEFAM continuaron desarrollando sus esfuerzos para la implementación del proceso de Integración Docente-Asistencial, lo que se tradujo en la Resolución Ministerial 0345-91-SA/DM, del 18 de abril de 1991, que aprobó el Plan Nacional de Integración Docencia-Atención de Salud.

No obstante los cambios de gestión en el Ministerio de Salud, este se mantuvo consistente en contextualizar la integración Docente-Asistencial (IDA) en el marco de la gran política pública en salud, la que en 1991 se materializaba en la construcción concertada con los gobiernos regionales de un modelo de atención solidario, equitativo y de cobertura universal. Dicho modelo estaba concebido como un Sistema Nacional, Regionalizado e Integrado en Salud. El denominado Programa Nacional de Integración Docencia-Atención de Salud (PRONIDAS), partía de la premisa de que el avance de la IDA en el país era muy heterogéneo y las experiencias variaban ampliamente, desde el uso de los servicios de salud como meros espacios de una docencia tradicional, hasta experiencias de trabajo conjunto entre la universidad, los servicios de salud y la comunidad. Se constató una acción discontinua dependiente de muchos factores externos e internos. Esto se explica por qué la IDA es un proceso social y, por lo tanto, vulnerable a estos procesos.

En esa línea, el PRONIDAS conceptúa la integración docencia-atención como un proceso de creciente articulación entre instituciones de educación y servicios sanitarios para mejorar la atención en salud, orientar la producción de conocimientos y la formación de personal, tomando como base el perfil epidemiológico en un determinado contexto poblacional y regionalizado, que permita la continuidad del proceso educacional, en términos de un proceso de permanente, que nazca en el trabajo y sea capaz de transformarlo. En ese sentido, el PRONIDAS también consideraba importante que la población organizada participe como uno de los actores principales del proceso. Ello era un elemento central, dado que la IDA es concebida como un proceso social, como el conjunto de esfuerzos entre la universidad, los servicios y la comunidad, encaminados a transformar las condiciones de salud de la población. En ese sentido la IDA, representaba una acción que permitía un acercamiento a la realidad donde se generan los problemas, la posibilidad de que surja y se forme personal más consciente y crítico de esa realidad y que, en una constante interacción y

retroalimentación de ambas instancias, pueda incidirse progresivamente en la transformación de la atención de salud que se da en los servicios.

De tal forma, el PRONIDAS consideraba que las universidades deben de actuar sobre la situación de salud de la población, no sólo desde su capacidad docente, sino también desde su capacidad de generar nuevo conocimiento. La Universidad debe contribuir con el sistema de salud, para identificar problemas sanitarios relevantes y a su vez, en la investigación, debe priorizar estos problemas. Respecto a la integración docencia-atención de la salud, se concibió que esta integración, debe darse en todos los niveles; esto implicaba compartir objetivos y distribuir responsabilidades de dirección, planificación, gestión, control y evaluación entre las instituciones del sector salud, la universidad y la comunidad organizada. Así se esperaba movilizar la totalidad de los recursos existentes.

En ese contexto, el PRONIDAS se definió como un programa articulado y horizontal, resultante de la coordinación entre instituciones del Sector Salud y las Facultades y Escuelas de Ciencias de la Salud. El PRONIDAS estaba constituido por el conjunto de proyectos de Integración Docencia-Atención. Cada uno de estos proyectos; debe elaborarse en ámbitos geográficos-funcionales denominados áreas de Integración Docencia-Atención de Salud, y constituyen un acuerdo de actividades conjuntas entre las entidades prestadoras de servicios de salud y las facultades de ciencias de la salud, correspondiente.

Mientras se planteaba el despliegue del PRONIDAS, ASPEFAM continuaba tratando de consolidar su propuesta de desarrollo institucional. En 1991 se eligió como presidente de ASPEFAM al Dr. Manuel Paredes Manrique quien continuó con el esfuerzo institucional de promover una regulación efectiva de la enseñanza de post-grado, lo cual se vio traducido en la instalación del Comité Nacional de Residentado Médico en 1992. Otro de los elementos que planteó la gestión del Dr. Paredes Manrique fue centrar la acción de ASPEFAM en los procesos de acreditación de Facultades de Medicina. Era evidente que el incremento de Facultades de Medicina iba a ser en el futuro un serio problema para la calidad de la enseñanza de la medicina en el Perú, por lo que la asociación debía de tener la capacidad técnica de diseñar y gestionar un proceso de dicha envergadura. Por esa razón, con el apoyo de OPS, se realizaron visitas a los Estados Unidos y México, para ver *in situ* las metodologías de Acreditación de la Educación Médica y posteriormente se formó una masa crítica que desarrolló competencias en

procesos de acreditación. Dentro de este grupo se incluyeron al entonces Secretario Ejecutivo, Dr. José Piscocoya y al Dr. Oswaldo Zegarra.

En mayo de ese mismo año, la Asamblea General de ASPEFAM acordó la realización del Seminario de Acreditación de Facultades de Medicina, el cual se realizó, con el apoyo de OPS, en la ciudad de Arequipa, del 5 al 7 de diciembre de 1992.

Este evento fue sumamente importante, ya que marca un giro en la línea de actuación de ASPEFAM. Era evidente que para fines de 1992, la iniciativa del PRONIDAS se estaba cayendo por falta de apoyo político del Ministerio de Salud, que ya estaba en proceso a lo que sería la reforma del sector salud a desplegarse en la década del 90, por lo que la actuación de ASPEFAM se orientó a realizar una efectiva incidencia en la política pública de regulación de la educación superior, contener la apertura inorgánica de nuevas Facultades de Medicina y lograr consensos frente a incidentes críticos en algunas universidades que en ese periodo, optaron por incrementar su oferta educativa en medicina muy por encima de sus capacidades reales de infraestructura y recursos (ASPEFAM, 1992).

El evento, que contó con la participación del Ministerio de Salud y de todas las Facultades de Medicina integrantes de ASPEFAM, planteó las siguientes recomendaciones:

1. ASPEFAM, en forma coordinada con el Ministerio de Salud, debe identificar las necesidades reales de las diferentes regiones del país en términos de Recursos Humanos, Infraestructura y Servicios de Salud.
2. Reactivar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, para que las entidades responsables de ofertar los servicios de salud actúen coordinadamente con las entidades formadoras.
3. Los proyectos estructurados de nuevas facultades de medicina deben ser coordinados y evaluados por ASPEFAM.
4. La urgente necesidad de formular requisitos mínimos que garanticen el funcionamiento eficiente de una Facultad de Medicina
5. La responsabilidad de hacer cumplir los requisitos establecidos para las facultades de medicina. Ello implica para ASPEFAM el cumplimiento de un rol de supervisión técnica, al ser el órgano representativo de las Facultades de Medicina.

6. Asimismo, se planteó la necesidad de que ASPEFAM gestione las enmiendas a la ley universitaria 23733, en relación a la creación, fusión, supresión o reorganización de Facultades de Medicina, previstos por los artículos 5, 29, 32 y 92 de dicha ley.

Las acciones de incidencia política por parte de ASPEFAM continuaron. Sin embargo, el escenario tendía a complicarse por la emergencia de nuevos actores en la regulación de la Educación Médica. La elección del Dr. Oswaldo Zegarra, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, como Presidente de ASPEFAM, se dio en un contexto marcado por una tensión con la entonces Asamblea Nacional de Rectores (ANR), que impulsaba la acreditación de las Universidades a partir de lo establecido en la nueva ley universitaria. Un punto de particular conflicto era la propuesta de un currículo básico que impulsaba la ANR, que era resistida por muchas Facultades de Medicina y que en la práctica ponía en tela de juicio el rol de ASPEFAM como institución representativa del colectivo académico en el aparato formador en medicina. Ante la creciente tensión, ASPEFAM plantea una estrategia de participar en los Seminarios promovidos por la ANR y el Colegio Médico del Perú y en forma paralela, incorporar a las nuevas Facultades de Medicina a la asociación. Asimismo, se planteó la realización de un Encuentro Nacional de Educación Médica a fin de liderar una posición del conjunto de las Facultades de Medicina, respecto a las propuestas de acreditación existentes. Como parte de dicha estrategia, ASPEFAM participó en el evento promovido por la ANR en el Cusco, donde se aprobó un Comité de Evaluación Curricular conformado por representantes de las siguientes instituciones:

- Asociación Peruana de Facultades de Medicina
- Asamblea Nacional de Rectores
- Facultades de Medicina del Norte del Perú
- Facultades de Medicina del Centro del Perú
- Facultades de Medicina del Sur del Perú

Posteriormente se publica la resolución 736-ANR que constituye la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación de Facultades de Medicina. A pesar de la situación notoriamente incómoda para ASPEFAM, se decidió hacer *control de daños* participando en el proceso desplegado por la ANR y evitando *desde dentro* una desestructuración de la red institucional que articulaba a las facultades de medicina existentes. La Asamblea Nacional de Rectores intentó desplegar un proceso de acreditación, el cual fracasó

debido al desarrollo anárquico de su implementación y por sus limitadas capacidades técnicas. A pesar de ello, se realizaron cuatro Seminarios de acreditación, la aprobación de un perfil profesional del egresado de medicina y la conformación de un Comité de Evaluación Curricular.

En Julio de 1996, ASPEFAM plantea la convocatoria de una Conferencia de Educación Médica a fin de desarrollar la siguiente temática:

- Evaluación y Acreditación de Facultades de Medicina
- Conceptos básicos de Educación Médica. Presente y futuro.
- Relación entre políticas de salud, Facultades de Medicina y Educación Médica

Para el desarrollo de la conferencia, se logró un amplio apoyo tanto de la OPS, como del Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME), así como de diversas agencias de cooperación internacionales, tales como AID, UNICEF y UNFPA. Participaron diecisiete Facultades de Medicina del país, además de invitados internacionales. La Conferencia se realizó en Lima del 29 de noviembre al 1 de diciembre de 1996.



Ilustración 13. Dr. Oswaldo Zegarra, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y Presidente de ASPEFAM 1995-1996.

Esta conferencia, fue sumamente importante porque se da en pleno momento de despliegue de la reforma del sector salud, emprendida por el gobierno de Alberto Fujimori. La conferencia se inició con una exposición del Viceministro de Salud, Dr. Alejandro Aguinaga, quien expuso el escenario de la reforma sectorial, haciendo énfasis en el proceso de reconstrucción del Sistema de Salud, luego del colapso del sector a inicios de los noventa. Es importante cómo la visión del Ministerio en ese momento no muestra mayor articulación con el desarrollo de los recursos humanos y cómo las intervenciones de reforma expuestas por el Ministerio de Salud no tienen puntos de contacto con el aparato formador, lo cual fue un cambio notable respecto a la política del MINSA en el periodo 1986-1992.



Ilustración 14. Decanos de Facultades de Medicina participantes en la Primera Conferencia Nacional de Facultades de Medicina, 29 noviembre – 1ro de diciembre de 1996.

Posteriormente intervino el Sr. Rector de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Dr. Carlos Vidal Layseca, quien tomando como ejemplo el modelo canadiense, planteó la necesidad de una articulación entre la lógica de funcionamiento del sistema de salud, con las capacidades que requieren en su formación los médicos que van a trabajar en él. Señaló que las facultades de ciencias de la salud tienen la obligación de participar en procesos de reforma. Deben poner su mejor *inteligencia universitaria* al servicio de estos procesos. “Una universidad que no participa de estos procesos, es una institución que habrá quedado en estado de obsolescencia” (ASPEFAM, 1996).

Los participantes en las conferencias desarrollaron varios talleres de discusión. Las siguientes son algunas de las conclusiones a las que arribaron.

- 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 aun presenta problemas: entre los ciclos clínicos y los básicos, entre los propios ciclos clínicos, entre las ciencias básicas y entre la enseñanza hospitalaria y la práctica ambulatoria y comunitaria.
- c. La mayoría de las facultades ha intentado experiencia formativa con pacientes ambulatorios. Sin embargo, la presión de los docentes, de los alumnos y aun de la propia comunidad, han logrado que se retorne hacia una enseñanza principalmente de tipo hospitalario.
- d. Se concluye que el enfoque de la educación médica predominante es hacia el cuidado de la enfermedad. Esta visión predominante, 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, más que hacía la identificación de los riesgos o atención primaria. Congruente con lo anterior, la infraestructura utilizada para enseñar la medicina es el hospital, principalmente, y los docentes en su gran mayoría son especialistas hospitalarios.
- e. Se debe tener presente no solamente el perfil profesional. También se deben tener en cuenta los escenarios en los que tendrá que actuar; el perfil ocupacional. Se deben considerar los cambios de la política de salud, así como hacerla más competitiva y auto-sostenida.
- f. Es necesario que, en la formación médica, ahora alejada de los programas de salud del gobierno, tengan un acercamiento y coparticipación en la elaboración de los planes curriculares.

Luego de la conferencia, ASPEFAM continuó con sus acciones de incidencia política, promoviendo, a través del congresista Roger Guerra, una iniciativa de ley a fin de regular la creación de nuevas facultades de medicina. En 1998 ASPEFAM presentó al entonces Ministro de Salud, Marino Costa, el planteamiento de generar una contención legal a esta multiplicación mediante una Ley de Acreditación de Facultades de Medicina. El tema de la acreditación venía circulando con anterioridad en el sector salud, pues en 1992 ASPEFAM ya había organizado un Seminario sobre acreditación de Facultades de Medicina, pero encontró una ventana de oportunidad con el incremento indiscriminado de instituciones formadoras. Justamente, fueron las gestiones del Dr. Manuel Paredes Manrique como Rector de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos,

quien logró un acercamiento político con el Presidente del Congreso de la República, Carlos Torres y Torres Lara. Dicho acercamiento permitió generar el espacio para que ASPEFAM presente una iniciativa legislativa para hacer realidad el proyecto de Acreditación de la Educación Médica. El Presidente en ejercicio, Dr. José Piscocoya, se apoyó en el equipo técnico de la Facultad de Medicina de la UNMSM, para desarrollar la base del proyecto de Ley (Piscocoya Arbañil, Comunicación personal, 2017). A partir de dicha propuesta, el MINSU; convoca a otros actores interesados en impulsar el proyecto: la Universidad Peruana Cayetano Heredia, la Academia Nacional de Medicina, ASPEFAM y el Colegio Médico; convocando a un grupo de trabajo bajo la presidencia del Dr. Diego Gonzáles.

El Dr. José Piscocoya, en su condición de Presidente de ASPEFAM, sustentó el 12 de mayo de 1999 ante la Comisión de Salud, Población y Familia del Congreso de la República, el Proyecto de Ley 4391-98-CR, señalando la necesidad de racionalizar el número de Facultades de Medicina y el número de vacantes a ofertar anualmente, basados en el marco de la calidad de la educación médica y de lo avanzado en el tema de acreditación a nivel internacional. Incluida la propuesta en el debate parlamentario se discutió, luego de la presentación, la conformación de la Comisión de Acreditación.



Ilustración 15. Dr. José Piscocoya Arbañil, Decano de la Facultad de Medicina de la UNMSM, Presidente de ASPEFAM, sustentando ante la Comisión del Congreso el proyecto de ley de acreditación de Facultades de Medicina, Lima, 12 de mayo de 1999.

El 11 de julio de 1999, mediante la Ley 27154, se institucionalizó la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina Humana del país, para garantizar la calidad e idoneidad de la formación académico profesional de los médicos y de la atención de salud a la comunidad. La Ley creó la Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (CAFME), presidida por un representante del Ministerio de Salud e integrada por representantes del Ministerio de Educación, la Asamblea Nacional de Rectores, el Consejo para la Autorización del Funcionamiento de Universidades y el Colegio Médico del Perú, comisión a la cual se le encargó de la conducción y gestión del proceso. De esta manera se acordó que sólo se colegiarían y autorizaría el ejercicio profesional a médicos egresados de Facultades de Medicina acreditadas.

En el año 2000 se aprobó el Reglamento de la Ley 27154 y en el año 2001 se emitieron los Estándares Mínimos para la acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina mediante la Resolución Suprema 013-2001-SA, al igual que los Estándares Mínimos para la creación de Facultades o Escuelas de Medicina, con la Resolución Suprema 252-2001-SA. Ese mismo año se iniciaron las visitas de verificación. En el año 2003 se aprobó el Código de Ética de verificadores e integrantes de CAFME (Resolución Ministerial 652-2003-SA) y se hizo la actualización de los Estándares Mínimos de Acreditación (Resolución Suprema 004-2003-SA). Una última actualización de los Estándares Mínimos de Acreditación se hizo nuevamente el año 2006.

Luego de la promulgación de la Ley 27154, se produjo una situación de incertidumbre, pues de las entidades impulsoras del proceso, solo fue considerada el Colegio Médico, siendo excluida ASPEFAM de la comisión por el Congreso al considerar que era parte interesada (Nava, 2004). El consenso promovido por ASPEFAM era que el proceso de acreditación debía ser hecho por pares, lo cual fue rebatido sin argumentos técnicos en la Sesión Plenaria en que se discutía la ley, la cual se aprobó por unanimidad. Frente a esta situación, existió la propuesta de algunos miembros de ASPEFAM, de no participar en la implementación de la Ley. Sin embargo, predominó el análisis racional del pleno de ASPEFAM que, aun cuando discrepando con la composición de la Comisión, decidió brindar su apoyo al proceso. El desfase fue corregido por el Ministro de Salud, Dr. Eduardo Pretell, mediante Resolución Ministerial 411 – 2001 que designó a ASPEFAM como entidad asesora y de apoyo a la CAFME. Posteriormente, la CAFME aprobó que en las sesiones ordinarias, el Presidente de ASPEFAM, debía ser invitado para analizar aspectos de competencia de la Asociación. Estas

acciones consolidaron una sólida alianza estratégica que garantizó el desarrollo del sistema, al trabajar armónicamente y corregir un defecto de la Ley en base al consenso logrado (Piscoya, CAFME: Historia, perspectiva actual y futura, 2002).

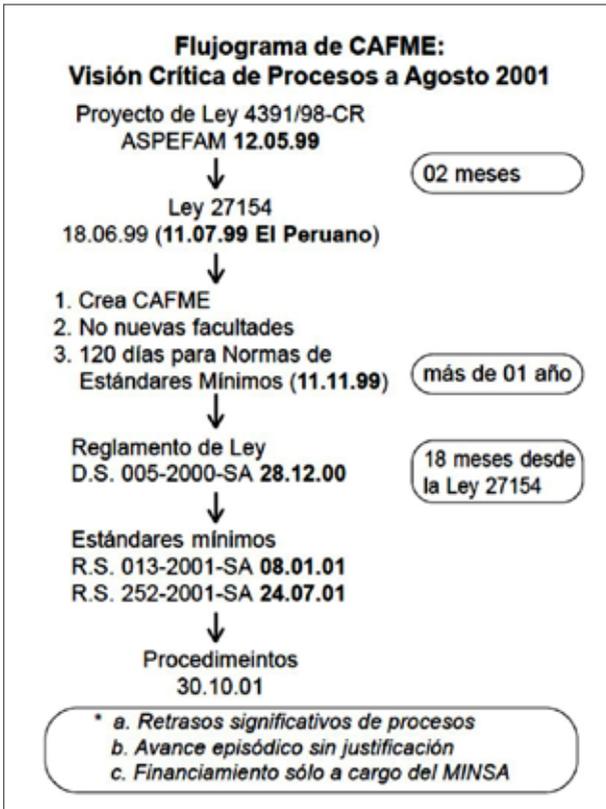


Ilustración 16. Proceso de implementación del CAFME.

Desde el inicio, ASPEFAM implementó una política de cooperación con la CAFME, colaborando en la selección de sus verificadores y apoyando su capacitación a partir de un Taller preparado y dirigido por la Asociación. Asimismo, suscribió un convenio con CAFME y el Ministerio de Salud a fin de administrar los bienes contables de CAFME, facilitando su funcionamiento.

Al final, este proceso de acreditación en Medicina sirvió de referencia para la creación del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y

Certificación de la Calidad Educativa (SINEACE) y la generalización del proceso de acreditación a todas las carreras universitarias. En el 2003 la Ley General de Educación creó el SINEACE y dispuso para el caso de la Educación Superior, la creación de un organismo a ser generado y normado por ley específica. Finalmente, el 2006 se aprobó la Ley 28740 que creó el Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa, a cuya normatividad deberá ajustarse en adelante CAFME.

Se puede decir que, desde su fundación en 1999, CAFME ha sido uno de los contrafuertes de la desregulación en la formación de recursos humanos en salud, siendo vista con expectativa por la amplia mayoría sectorial, que opina en contra de la multiplicación indiscriminada de nuevas facultades de ciencias de la salud y de la disminución del nivel académico y técnico de la formación en salud. La persistencia durante un periodo de siete años fue todo un logro para ASPEFAM, quien históricamente ha liderado los esfuerzos para elevar los estándares de enseñanza de la medicina en el Perú.

ASPEFAM aprovechó el éxito logrado para desplegar el proceso de acreditación. La Asamblea General de ASPEFAM, realizada el 24 y el 25 de agosto del 2002, presidida por el Dr. Luis Caravedo, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, acordó la propuesta de modificación de los *Estándares Mínimos de Acreditación de Facultades de Medicina*. Esta propuesta se constituyó en el documento base para el análisis del tema por parte del CAFME, siendo enriquecido y consensuado en un Seminario Taller. En esa misma línea, con el fin de sostener los objetivos identificados por ASPEFAM, se inició un proceso de gestiones con la cooperación internacional, especialmente USAID y el Consorcio Catalyst, suscribiéndose un convenio de cooperación en febrero del 2003, con un compromiso de apoyo financiero para estructurar el Sistema de apoyo a las Facultades de Medicina para el Proceso de Acreditación (Caravedo, 2003).

El programa tenía tres ejes centrales:

- Construir una Escuela de Gestión de Facultades de Medicina para cuadros directivos.
- Fortalecer un sistema de asistencia técnica basado en un modelo de cooperación interuniversitaria.
- Fortalecer la institucionalidad del proceso a través del intercambio con otras experiencias de acreditación.

Un elemento de gran importancia en el trabajo de ASPEFAM es su contribución a articular los procesos de gestión educativa del conjunto de sus asociados, lo que en la práctica lo convirtió en una institución que construye, a partir de consensos institucionales, un rol regulador. La presencia activa de ASPEFAM en la regulación tuvo su hito inicial en marzo del 2001, cuando el Consejo Directivo de ASPEFAM, bajo la presidencia del Dr. Fausto Garmendia, aprobó constituir la *Comisión de Readecuación del Cronograma de Internado de las Facultades de Medicina del Perú*. La mencionada Comisión presentó una propuesta al Consejo Directivo de ASPEFAM que permitiría homogenizar todos los cronogramas de internado a nivel nacional, acortando en un mes la duración de éste, y permitiendo que todos los internos inicien el año de formación el 1 de enero de 2004. Desde entonces la ASPEFAM logró que todas las Facultades de Medicina tengan un calendario común de internado. Dado el éxito, la *Comisión de Internado* se transformó en *Comisión de Pregrado*, presentando ASPEFAM una propuesta para constituir el Comité Nacional de Pregrado de Salud.

El 13 de agosto de 2004 se firmó y el 26 de agosto se publicó la Resolución Ministerial 804-2004/MINSA conformó el Comité de Pregrado en Medicina (COPREME). Este comité surgió como iniciativa conjunta de ASPEFAM y el IDREH por generar un espacio de articulación del Ministerio de Salud con las Facultades de Medicina. De acuerdo con lo contemplado en dicha resolución, este Comité está “encargado de la planificación, organización, monitoreo y evaluación del proceso de integración docencia-servicio e investigación en pregrado, entre los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y las universidades que cuentan con Facultades o Escuelas formadoras de profesionales de medicina”.

Si bien se formuló una propuesta de Reglamento del COPREME, en la práctica esta propuesta fue subsumida en lo que constituiría el Comité Nacional de Pregrado de Salud del SINAPRES. De otro lado, en abril de 2005, la Asociación Peruana de Facultades de Medicina aprobó su Plan Estratégico 2005-2010, en el cual se señala como problema a abordar con prioridad el “conflicto en la distribución de los campos clínicos”. Para viabilizar las acciones en relación a los campos clínicos se creó la Comisión Mixta de Alto Nivel, designada por Resolución Ministerial 100-2005/MINSA. Como producto de su trabajo, la citada Comisión presentó tres propuestas iniciales para estructurar un marco de articulación Docencia-Servicio: un Sistema Nacional de Pregrado de Salud, las Bases para la elaboración de Convenios de Cooperación entre el Ministerio de Salud y las Universidades con Facultades de Ciencias de la Salud y un Modelo de

Convenio Marco de Cooperación Docente Asistencial entre el Ministerio de Salud y la Universidad. Al poco tiempo, el MINSa los asumió como documentos normativos.

La propuesta del Sistema Nacional de Articulación Docencia, Servicio e Investigación en Pregrado de Salud (SINAPRES) representó un salto cualitativo con respecto al Comité de Pregrado de Medicina (COPREME), por incorporar una perspectiva integral, nacional y descentralizada en el abordaje de las relaciones entre el espacio de la formación y el de los servicios.

En octubre del 2005 se publicó en El Peruano el Decreto Supremo 021-2005-SA, que creó el Sistema Nacional de Articulación Docencia – Servicio e Investigación en Pregrado de Salud (SINAPRES). El Sistema fue definido como la instancia de articulación entre las instituciones formadoras de profesionales de la salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud del Ministerio de Salud y sus ámbitos geográfico-sanitario, con pleno respeto a la autonomía universitaria. En esta norma se estableció que el Comité de Pregrado de Medicina (COPREME), que había sido creado por Resolución Ministerial 804-2004/MINSa, se constituía como Subcomité de Pregrado de Medicina del SINAPRES. El comité fue llamado Comité Nacional de Pregrado de Salud (CONAPRES) e inició sus funciones en enero de 2006. La corresponsabilidad en el proceso se expresa en la alternancia en la Presidencia del Comité Nacional de Pregrado de Salud y del Comité Nacional de Residentado Médico, entre el IDREH y ASPEFAM, un año cada uno. Este sistema de regulación, que estaba empezando a funcionar, se frustró con la desaparición del IDREH (Arroyo J. , 2007).

Un proceso de la mayor importancia fue la evaluación de los aprendizajes y competencias desarrollados por los estudiantes al final del proceso de formación. Es decir, la evaluación del producto, que continúa ejecutándose por sexto año consecutivo, conducido desde sus inicios por la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) a través de su Comisión de Educación Médica. Ante la necesidad de superar los esquemas tradicionales de evaluación y considerando la necesidad de avanzar la evaluación de destrezas, actitudes y desempeños, se planteó la realización de un tipo de evaluación que permita obtener información de los conocimientos y el raciocinio clínico, habilidades consideradas necesarias para todo médico que egresa.

Con el apoyo unánime de la Asamblea General de Decanos de ASPEFAM, el 29 de junio de 2003 se acordó llevar a cabo el Primer Seminario Internacional Experiencias en Exámenes Nacionales de Evaluación de Estudiantes de Medicina, los días 26 y 27 de septiembre de 2003, donde se recogió la experiencia de exámenes similares realizados por la Asociación Chilena de Facultades de Medicina, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y la National Board Medical Examination de USA. Posteriormente, el Ministerio de Salud, a través del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, respaldó la propuesta del Examen Nacional de Medicina, en el marco de una política pública de mejoramiento de la calidad de la educación médica, como elemento central de una política de desarrollo de recursos humanos en salud. Por su enorme trascendencia y por su significado en cuanto a las posibilidades de un trabajo compartido entre el Ministerio de Salud y ASPEFAM, presentamos a continuación el comunicado conjunto de ambas instituciones, fijando su posición y compromiso respecto a la mejora de la educación médica en el Perú:

Declaración Conjunta

La Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) y el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH), conscientes de las responsabilidades que asumimos y los desafíos que enfrentamos, damos a conocer la siguiente Declaración conjunta:

La educación médica peruana, cuyo papel fundamental es el de contribuir en el mejoramiento de la salud de la población, especialmente en los primeros niveles de atención, requiere un abordaje institucional articulado que involucre, entre otros aspectos:

1. La formulación de perfiles de formación y ocupación que empaten con los requerimientos nacionales en un Perú diverso y complejo en sus problemas y necesidades.
 - a. La concertación de iniciativas, programas, planes y políticas de desarrollo de la educación médica que garanticen la sostenibilidad de los mismos y el pleno compromiso de las instituciones involucradas.
 - b. El análisis de necesidades de los recursos humanos que involucre el abordaje de estudios de oferta y demanda de médicos en el Perú, estratificados geográficamente y por niveles de atención, lo que ha de permitir formular lineamientos para regular esta oferta y demanda, con una sólida base técnica.
 - c. El estudio de la problemática de los campos clínicos de formación que demanda un abordaje sistémico, en el que se preserve el derecho fundamental de los pacientes, y se garanticen mínimos estándares de calidad en la formación profesional. En este punto se inscribe la necesidad de regular la prestación de facilidades para la docencia en los servicios asistenciales y en la comunidad, particularmente en los del primer nivel de atención
 - d. La necesidad de establecer una visión compartida sobre la calidad en la educación médica, que recoja la autoevaluación y acreditación institucional como instrumentos centrales, rescatando la trascendencia fundamental de estos procesos, superando eventuales problemas y deficiencias.
 - e. La deficiencia en información precisa y relevante para la toma de decisiones institucionales.

2. Con base en estas consideraciones, ratificamos nuestro pleno respaldo a la propuesta de establecer el Comité Nacional de Pregrado que regule, oriente y promueva la articulación de instituciones formadoras y prestadoras en el campo de la salud.
3. Asimismo, expresamos nuestro pleno respaldo al Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME), el cual representa la experiencia más importante de articulación institucional en el campo de la salud y la Educación superior en el Perú, espacio que demanda ser preservado y desarrollado, con pleno respeto a las funciones que le competen según su normativa legal y a las decisiones que adopta en provecho de la formación de especialistas en el Perú.
4. Expresamos nuestro pleno respaldo a la iniciativa de ASPEFAM por establecer el Examen Nacional de Medicina - ENAM 2003, el cual se constituye en un esfuerzo de la mayor trascendencia por promover la cultura de la calidad en la educación médica. En el mismo sentido, expresamos nuestra voluntad de participar activamente en el debate sobre la institucionalización de la acreditación de la educación superior, aprobado por la nueva Ley General de Educación.

Conscientes de estos desafíos, nuestras instituciones se constituyen en **Mesa de Trabajo en el campo de la Educación Médica**, con el fin de generar un espacio permanente de diálogo y concertación, analizar los problemas planteados y proponer respuestas articuladas a los mismos.

Sin embargo, ésta es una iniciativa abierta a todas aquellas instituciones que compartan la visión de los problemas planteados y el deseo de contribuir en un clima de diálogo y concertación en la generación de soluciones a nuestros problemas. ASPEFAM y el IDREH manifiestan de esta manera su deseo de iniciar este camino.

Lima, 21 de octubre de 2003

Dr. Jesús Fernández Urday. Presidente de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina

Dr. Jaime Cabrera Valencia. Jefe Institucional del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos

Las acciones realizadas por ASPEFAM, sumadas al apoyo político del MINSa, permitieron que se llevara a cabo el Examen Nacional Piloto en noviembre de 2003, con la participación voluntaria de los alumnos del año anterior al inicio del internado de dos Facultades de Medicina del norte, centro y sur del país.

Así, ASPEFAM aprobó los siguientes objetivos para el Examen Nacional de Medicina (ENAM).

- Aportar a la sociedad una forma objetiva de evaluar los conocimientos de los estudiantes de medicina, próximos a graduarse.
- Brindar información objetiva a las Facultades y Escuelas de Medicina respecto a los conocimientos y raciocinio clínico de sus futuros egresados, con el fin de establecer, por parte de las formadoras, mecanismos de mejoramiento de la calidad de sus egresados.
- Establecer un referente nacional común de evaluación, reconocido por el conjunto de las instituciones formadoras y prestadoras de servicios de salud.
- Propiciar el mejoramiento de la calidad de la educación médica.
- Promover la discusión e incorporación de contenidos curriculares relevantes.
- Promover la autorreflexión sobre la praxis de evaluación de los aprendizajes y generar acciones para mejorarla e innovarla.

Posteriormente, ASPEFAM desarrolló una intensa labor para consolidar el proceso del ENAM, realizando todo un conjunto de acciones descentralizadas, para generar capacidades regionales, mediante Talleres macrorregionales norte, centro y sur, con participación de profesores de las facultades de medicina de dichas regiones, con el fin de proceder a la elaboración de las preguntas para el ENAM (Torres N. , 2008).

Luego de iniciar el proceso de consolidación del ENAM, ASPEFAM decidió ingresar a un proceso de densificación de su rol de asistencia técnica para el desarrollo de la educación médica en el Perú, a partir del desarrollo del *Laboratorio Experimental de Enseñanza y Evaluación por competencias*. Posteriormente el año 2005, se desarrolló un Seminario entre el 20 y 22 de abril, con la participación de importantes delegaciones del *National Board of Medical Examiners* (NBME) de Estados Unidos y el Perú, esta última

constituida por miembros de los Equipos Técnicos de ASPEFAM e invitados del OPS, IdREH, Pathfinder, ASPEFEEN y ASPEFOBST.

La delegación norteamericana estuvo encabezada por el Dr. Peter Scoles, Vicepresidente del NBME, quien conjuntamente con los Drs. Ramon Velez y William Burdick contribuyeron a delinear las pautas del desarrollo de este proyecto, organizado por ASPEFAM, con el apoyo de USAID, Pathfinder y OPS/OMS.



Ilustración 17. Reunión Técnica Internacional Laboratorio Experimental de Evaluación de Competencias. Lima, 20-22 de abril del 2005.

Nuevamente, el cambiante escenario de la dinámica institucional de la educación superior peruana puso en tensión el trabajo de la Asociación. A pesar de que todo el trabajo de ASPEFAM estuvo orientado al desarrollo de un marco regulatorio y de compromisos en pro de la acreditación y la mejora de la calidad de la educación médica, la dinámica del mercado educativo comenzó a generar dinámicas contrarias a todo el esfuerzo del conjunto del colectivo de Facultades de Medicina. Ello obligó a ASPEFAM, contando con el apoyo del CAFME, el Colegio Médico del Perú y la Academia Nacional de Medicina, a pronunciarse respecto a la aprobación de filiales de facultades de medicina por parte del Consejo Nacional para la Autorización de Universidades (CONAFU), en contradicción con los estándares mínimos establecidos en la Ley 27154. Este pronunciamiento, en defensa de un marco legal, el cual ASPEFAM había promovido a fin de contar con una política pública que garantice la calidad de la educación universitaria, generó una tensión que se tradujo en una demanda a la Asociación ante el poder judicial. Ello exigió una decisión muy difícil, de poner por delante

los principios y valores sobre los que se construyó la institución y motivó una reafirmación institucional sobre la necesidad de un compromiso con la ética de la educación médica. Por su enorme significado en el desarrollo de la institución lo reproducimos íntegramente a continuación.



ÉTICA EN LA EDUCACIÓN MÉDICA DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

Será la comunidad en general, los profesionales de la salud, nuestros profesores y jóvenes estudiantes, quienes han de juzgar nuestras acciones. **La Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), y con ella los decanos de medicina del país, hemos sido demandados ante el poder judicial, por haber sido consecuentes con nuestros principios y valores, al oponernos a la creación de filiales y nuevas facultades de medicina que no cumplan con los requisitos mínimos de funcionamiento establecidos por la Ley 27154, siendo la única entidad calificada para verificar este cumplimiento y autorizar su funcionamiento, la Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (CAFME).**

Como se expuso en la Asamblea General, **las ideas se debaten, pero los principios no se negocian.** La educación médica atraviesa una encrucijada, y en ella ASPEFAM se coloca sin duda al lado de la Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (CAFME), la Academia Nacional de Medicina, el Colegio Médico del Perú, el Comité Nacional de Progreso de Salud (CONAPRES), el Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME), la Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería (ASPEFEEN) y la Asociación Peruana de Facultades de Odontología (ASPEFO). Con ellas compartimos los mismos principios, porque estamos convencidos que éste es un tema fundamentalmente ético.

Ser ético implica el compromiso de ser coherente en todos nuestros actos, de tal forma que uno de nuestros asociados no puede desconocer sus compromisos, sin que la institución tome las medidas necesarias para salvaguardar sus principios y valores. Cada uno de los miembros de ASPEFAM tiene una responsabilidad no solamente moral, sino también social, con toda la comunidad, con nuestros pacientes, alumnos y docentes; así la ética es antes que un discurso, un ejercicio diario, y la hora presente nos brinda la oportunidad de demostrarles que practicamos lo que decimos.

En nombre de las Facultades de Medicina del país, reiteramos a la **Comisión Nacional para la Autorización de Funcionamiento de Universidades (CONAFU) modifique la Resolución N° 221-2005-CONAFU,** dejando sin efecto la autorización para el funcionamiento de la filial de medicina de la Universidad de San Martín de Porres en la ciudad de Chiclayo, teniendo en cuenta que no se han seguido los procedimientos establecidos por la única Ley aplicable a la creación de filiales y nuevas facultades de medicina.

Invocamos a la Asamblea Nacional de Rectores y a los poderes del Estado a velar por el cumplimiento de las leyes y normas que rigen la autorización de funcionamiento de instituciones formadoras, resguardando las justas aspiraciones de padres de familia y jóvenes estudiantes, al brindarles todas las garantías de una educación de calidad.

ASPEFAM no cederá en sus principios y valores, y en su legítima defensa estamos seguros nos encontraremos con todos aquellos que aspiran a construir una mejor educación, salvaguardando la salud de nuestra población.

Lima, 23 de marzo de 2006

Consejo Directivo
Asociación Peruana de Facultades de Medicina

Esta situación además, motivó una comunicación de la Ministra de Salud al Presidente de la Asamblea Nacional de Rectores de entonces, Dra. Pilar Mazetti, frente a la aprobación de universidades en escenarios que no cuentan con los campos clínicos suficientes: “Como Sector Salud, nuestra preocupación se encuentra plenamente justificada, porque no sólo se estaría vulnerando los derechos de nuestros pacientes conforme lo hemos dejado señalado, sino también al pretenderse ejercer la docencia de medicina en tales condiciones, se estarían formando futuros profesionales médicos sin los estándares mínimos requeridos, situación que conllevaría a un grave peligro afectando de manera directa en la salud de la población” (Ministerio de Salud, 2006). Posteriormente, tanto CAFME como el Colegio Médico del Perú iniciaron acciones legales a fin de solicitar el respeto a la Ley 27154.

Frente a este escenario complejo de desregulación desde la Asamblea Nacional de Rectores, la asociación desarrolló una activa promoción de articulación inter-institucional. En esa línea, ASPEFAM y el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) del Ministerio de Salud suscribieron un Convenio de Cooperación Institucional con la finalidad de contribuir a la capacitación y perfeccionamiento del personal del sector salud, mejorando la equidad y calidad de la atención de salud, propiciar el desarrollo de los trabajadores, y promover una cultura de investigación académica y de Recursos Humanos en salud. A través de este Convenio se establecieron lineamientos generales y específicos de actividades conjuntas en el marco del Plan Nacional de Capacitación de los Recursos Humanos del Sector Salud, las Líneas Prioritarias de Investigación Académica y Recursos Humanos, y el desarrollo de la estrategia de fortalecimiento del primer nivel de atención en el proceso de la Descentralización. ASPEFAM se comprometió ejecutar estas acciones a través de las facultades de medicina, a nivel nacional.

En el año 2005, durante la gestión del Sr. Dr. Ulises Núñez, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en la presidencia del ASPEFAM, se tomó la decisión de convocar al Primer Congreso de Educación Médica, como un espacio de institucionalización de la innovación de la enseñanza de la medicina en el país. Posteriormente, ASPEFAM convocó el II Congreso de Educación Médica a realizarse en Trujillo en diciembre del 2007. Este congreso tuvo un carácter muy especial, dada la necesidad de establecer un consenso institucional respecto a la desregulación de facto, promovida por la Asamblea Nacional de Rectores. Ello planteó en el evento, la denominada *Declaración de Trujillo*, la cual transcribimos a continuación.

Los participantes del II Congreso Peruano de Educación Médica, declaramos lo siguiente:

Reafirmar nuestro compromiso con la Calidad en la Educación Médica

1. Insistir en que el proceso de acreditación sea reiniciado por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) lo antes posible, a través de los procedimientos que desarrollaba la Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (CAFME), rescatando la valiosa experiencia acumulada, señalando nuestro compromiso de apoyar la implementación y desarrollo del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (SINEACE).
2. Las facultades de Medicina nos comprometemos a cumplir con los estándares de CAFME.
3. Gestionar la emisión de la normativa legal que evite la creación de nuevas facultades de medicina en el país.
4. Promover el desarrollo de un sistema de autoevaluación y evaluación externa de los programas académicos, que incorpore los procesos de mejora continua de la calidad en pregrado, especialización, maestría y doctorado.
5. Promover la formación de una agencia evaluadora dentro de la normatividad del SINEACE.
6. Ratificar nuestro respaldo al Examen Nacional de Medicina (ENAM), como un instrumento de evaluación de la calidad de la educación médica, haciendo público sus resultados a partir del Examen 2008.
7. Recomendar a las facultades de medicina que los resultados del ENAM se consideren como parte del proceso de Titulación.
8. Gestionar se bonifique en el Proceso de Admisión a Residentado Médico, a aquellos que aprueben en el ENAM.
9. Recomendar a las facultades de medicina el mejoramiento continuo de los procesos de admisión.
10. Implementar el examen único al Sistema Nacional de Residentado Médico

Seguir promoviendo la responsabilidad Social en la Educación Médica

1. Promover los cambios curriculares necesarios para ajustarse al perfil profesional declarado por la institución, con las competencias necesarias para desempeñarse en los diferentes niveles de atención y contextos.
2. Fortalecer que en la formación de los médicos se enfatice su compromiso con el desarrollo social de su comunidad, respetando sus valores culturales y sociales.
3. Comprometerse en promover la investigación para la generación de conocimiento que permita enfrentar los problemas nacionales de salud.
4. Promover la articulación entre las instituciones prestadoras de los servicios de salud y las instituciones formadoras, que permitan el desarrollo de los escenarios clínicos adecuados para la formación y capacitación de los recursos humanos de salud, con respeto a los derechos de los usuarios de los servicios de salud.
5. Incorporar el criterio de corresponsabilidad por los resultados educativos y sanitarios, entre las facultades de medicina y las entidades prestadoras en las cuales estas desarrollan sus actividades
6. Mejorar los niveles de coordinación entre las facultades de medicina, buscando una distribución armónica de campos clínicos y socio-sanitarios.
7. Promover el desarrollo de un sistema integrado de salud con accesibilidad universal, que brinde servicios de calidad con equidad.
8. Establecer como prioridad el desarrollo de la especialidad en Medicina Familiar, en nuestras instituciones.
9. Promover en nuestras instituciones actividades relacionadas con la bioseguridad y la protección del medio ambiente.

Declaración aprobada por unanimidad por la Asamblea General de ASPEFAM

Esta posición se reafirmó en la denominada Declaración de Lima, que expresó los acuerdos de la Asamblea General de ASPEFAM realizada en el III Congreso de Educación Médica realizado entre el 7 al 9 de octubre del 2010. La cual tomo los siguientes acuerdos.

1. Lograr que la Universidad, responsable de la Educación Médica y el Ministerio de Salud, responsable de las políticas nacionales de salud, realicen un trabajo mancomunado conducente a que los profesionales médicos, que egresan del pre-grado y del posgrado, obtengan el perfil y las competencias de calidad y eficiencia, necesarios para cubrir los requerimientos que exige nuestro país y el mundo globalizado.
2. Propender que las Facultades de Medicina Humana se implementen con las nuevas herramientas de enseñanza para la formación de los profesionales médicos, en concordancia con los grandes avances científicos y tecnológicos.
3. Promover y respaldar la acreditación nacional e internacional de las Facultades de Medicina Humana.
4. Establecer estrategias para impulsar la investigación científica en las Facultades de Medicina.
5. Realizar acciones para que las Facultades de Medicina logren un plan curricular similar, con lineamientos y competencias básicas en el Pregrado.
6. Fortalecer el Examen Nacional de Medicina (ENAM), instrumento pedagógico de gran relevancia académica y un valioso referente para el desarrollo integral de las Facultades de Medicina Humana.
7. Implementar acciones para que las Facultades de Medicina Humana con programas de segunda especialización, armonicen un currículo básico y perfeccionen a sus docentes para la formación de especialistas en Medicina Familiar, cuyo desarrollo es prioritario
8. Articular acciones entre la Universidad y el MINSU, Gobiernos Regionales, ESSALUD, Sanidades FFAA y PNP y sector privado con la finalidad de incrementar el número de plazas de residentado médico.
9. Mantener y fortalecer la alianza estratégica con el Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME).
10. Impulsar la consolidación del Examen Único de Residentado Médico, que ASPEFAM anualmente elabora y ejecuta, el cual es reconocido por su relevante garantía de transparencia, calidad académica y pedagógica.
11. Coordinar con las instituciones nacionales, vinculadas a la Educación Médica, para proponer una norma legal que regule la creación indiscriminada de nuevas facultades de medicina humana.

Luego del congreso de Trujillo, ASPEFAM inaugura un ciclo de política institucional que expresó las tensiones de su enorme crecimiento en términos institucionales. En el periodo auroral, ASPEFAM estuvo centrada en un núcleo de universidades, cuatro en un inicio que generó un ambiente de estabilidad en la asociación. Ello se dio en base a varios consensos. El primero, la centralidad de las universidades públicas más antiguas en la asociación. El segundo, el respeto por la rectoría del MINSU. En tercer lugar, la búsqueda de cooperación, a pesar incluso de presentarse escenarios desfavorables o diferencias de posición y, por último, un gran esfuerzo de por superar los conflictos para preservar los consensos y los espacios institucionales e inter-institucionales. Sin embargo, las lecciones aprendidas no se tuvieron en cuenta cuando, por diversas circunstancias, se perdió la centralidad de la línea institucional. Ello dio paso a una lógica institucional de construcción de hegemonía, lo que en un determinado momento llevó a un serio enfrentamiento con varios actores dentro y fuera de la institución. Tomó varias gestiones superar esta etapa y fue una dura lección de aprendizaje, que puso a prueba la capacidad de resiliencia de la institución, para reconstruir puentes y para recuperar la confianza que había tomado décadas construir.

CAPÍTULO 4
...
**54 años de vida
institucional.
De la resistencia al
diseño del futuro**



La historia de ASPEFAM es un repaso de las enormes dificultades que enfrenta hasta hoy el desarrollo de la Educación Médica en el Perú. Sin lugar a dudas, la crisis estructural de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, generó un escenario, que terminó desestabilizando el incipiente aparato de Educación Médica existente y, frente a la ausencia de una política pública orientada al fortalecimiento del desarrollo de los recursos humanos en salud, un núcleo de universidades logró establecer sinergias para el desarrollo de una red de cooperación y desarrollo institucionales, que permitió la supervivencia y progresivo avance de la Educación Médica en el país.

Ciclos de política y gestión de la incertidumbre

Desde el inicio, la relación entre el Ministerio de Salud y ASPEFAM constituyó un enorme desafío. Del lado del MINSA, en la década del sesenta, la tecnoburocracia estaba enormemente adelantada respecto a ASPEFAM en términos de planificación institucional y, gracias a algunas iniciativas, comenzaba a desarrollar el germen de lo que sería la Planificación de los Recursos Humanos en el Perú y se enfrentaba a un sistema universitario con Facultades de Medicina enormemente precarias en términos de financiamiento y capacidades institucionales, que demandaban mucho apoyo para alcanzar estándares mínimos de sostenibilidad. Este estado de postración y falta de recursos permanente de las Facultades de Medicina muy poca veces fue percibido como un problema por parte del Estado Peruano (Sotelo, 1967).

Es interesante esta visión contradictoria en la relación de dos actores, caracterizados por una enorme debilidad institucional. A pesar del enorme trabajo de desarrollo de capacidades institucionales desplegado por ASPEFAM en la década del setenta, la escasez de recursos disponibles en el sistema universitario y el grave escenario social que siguió a dicho periodo, estuvieron muy cerca de echar abajo este proceso. Así lo refiere el MINSA al analizar el escenario universitario de fines de la década del ochenta:

“En general, la evaluación sistemática y continua de los currículos no es preocupación constante de los estamentos universitarios, la grave crisis económica y social que procesa el país ha colocado, desde hace varios años, el esfuerzo por la supervivencia institucional como punto prioritario. El financiamiento de las actividades regulares se hace cada vez con mayor dificultad debido a la disminución presupuestal que el estado asigna al sector universitario. Se esboza una situación contradictoria: las instituciones

formadoras de recursos humanos para la salud - cuyos productos requieren de una larga maduración y que son (en casi su totalidad) entidades dependientes en lo financiero y débiles en lo técnico administrativo – deben hacer frente a una realidad de alta complejidad, contradictoria, conflictiva y rápidamente cambiante en un país que procesa la crisis económico-social más amplia y profunda de su historia, no evalúan sistemáticamente la formación de sus productos, por lo tanto no se reajustan a la realidad...” (Lip, Gallo, Ballón, & León, 1989).

Sin embargo, a pesar de esa debilidad ostensible, ASPEFAM fue capaz de incidir en el logro de una política pública de Educación Médica. Un factor que clave fue la continuidad de las políticas a través de las sucesivas gestiones de la Asociación. Probablemente, a causa de la escasez de recursos y un escenario político plagado de retos e incertidumbres, obligó a una persistencia de estrategias y objetivos, lo que se tradujo en una incidencia efectiva a los principales actores de los sectores salud y educación.

La mayor incidencia en políticas públicas que realiza ASPEFAM, fue en el periodo 1985-1992, donde el Ministerio de Salud consolida una visión de Sistema Nacional de Salud con fuerte articulación intersectorial. La fuerte influencia de la corriente de integración docente-asistencial, entendida como una expresión del mayor énfasis en las intervenciones de atención primaria, fue un momento privilegiado para desarrollo de alianzas intersectoriales. Sin embargo, esta ventana de oportunidad no se sostuvo por los siguientes factores:

1. Maximalismo programático. En determinadas ocasiones, las ventanas de oportunidad –que a veces fueron trabajadas cuidadosamente, como la exigencia de Hospitales Docentes Universitarios, Resolución Ministerial 000267-72-SA/DS, PRONIDAS– muchas veces excedieron las capacidades reales de implementación. Esas limitaciones incrementaron la vulnerabilidad de los arreglos institucionales frente a la inestabilidad políticosocial y a la reducción de los tiempos políticos.
2. Escasos recursos y prolongados ciclos de acumulación por parte del sistema universitario y del Ministerio de Salud. Los procesos de desarrollo de iniciativas conjuntas fueron sumamente lentos. El limitado tamaño de los equipos técnicos y la demora en el desarrollo e implementación de algunas intervenciones, fueron un serio obstáculo para la sostenibilidad de las intervenciones en

integración docente-asistencial y en los procesos de fortalecimiento de la Educación Médica en general.

Es importante señalar la desconexión entre el Ministerio de Salud y ASPEFAM durante el proceso de reforma sectorial de la década del noventa. Esta falta de vinculación ocurre en la medida en que se consolida una visión liberal de la reforma en el Ministerio. Se expresa en las declaraciones del Ministro Marino Costa Bauer, quien señaló que “Anualmente las universidades generan 1 300 médicos, pero, el Ministerio de Salud es un agente proveedor de financiamiento. No puede designar recursos para generar empleos, porque su misión es mejorar la salud de su población”. Para el Ministro, (...) “este número de médicos proviene de las más de 20 Facultades de Medicina, de las cuales solo necesitamos tres o cuatro” (Diario Gestión Médica, 1997).

Para ASPEFAM enfrentar estos ciclos políticos fue un verdadero reto y constituyó una mezcla de visión de largo plazo y pragmatismo, con el fin de generar *periodos virtuosos*, en los que se logró una asociación de objetivos e intereses con el Ministerio de Salud. Cuando, en el marco de la reforma de los noventa, el MINSA abandona los tradicionales esquemas de despliegue territorial y articulación intersectorial, y la centralidad de la reforma se va colocando en una esfera liberal –en un contexto de despliegue institucional de los organismos reguladores de mercado–, ASPEFAM lee el momento y desarrolla un importante esfuerzo de incidencia política para el despliegue de un sistema de acreditación que derivó en la Ley 27154. Ese logro, obtenido al final del gobierno de Fujimori, se dio en una coyuntura de alta inestabilidad política que se logró conjurar aprovechando una serie de ventanas de oportunidades, como la presencia de un ministro de salud como el Dr. Eduardo Pretell en el Gobierno de Transición y, en general, la presencia, durante el primer quinquenio del nuevo siglo, de ministros especialmente sensibilizados para coordinar con las instituciones universitarias. Ese quinquenio virtuoso terminó capitalizando toda la discusión y desarrollo realizado por ASPEFAM y diversos actores académicos durante la década anterior (Piscocoya, Acreditación de Facultades de Medicina y su impacto en la formación de Recursos Humanos en salud, 1998). Asimismo, ese quinquenio sentó las bases para el actual desarrollo institucional, al implementar instrumentos de articulación de los procesos de formación y evaluación de la educación médica.

ASPEFAM es un ejemplo de cómo es posible en el Perú construir instituciones *desde abajo*. Es decir, cómo diversos actores logran

establecer y defender acuerdos a pesar de sus diferencias y a la existencia de escenarios de confrontación, logrando entender que su supervivencia y posterior crecimiento, pasan por el desarrollo del colectivo. Sin embargo, esta convicción que es explícita en los diversos arreglos institucionales que se acordaron oficial y oficiosamente al inicio de la Asociación –como son la rotación de la presidencia, según el orden de antigüedad de la institución asociada; el compromiso de no usar los locales institucionales propios en las reuniones en Lima; etc.– fue altamente sensible a la carencia de recursos económicos, elemento que colocaba al proceso incipiente de institucionalización en un escenario de escasa viabilidad. El apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina (FEPAFEM), fueron fundamentales para la sostenibilidad de ASPEFAM. Si bien esta cooperación se dio en un escenario latinoamericano de desarrollismo, en el marco de la guerra fría, donde se alentó a partir del apoyo económico (Webb, 2006) un determinado perfil de desarrollo institucional desde el hemisferio norte; en este caso el apoyo brindado por estas dos organizaciones se adaptó a las necesidades y urgencias de la naciente ASPEFAM, en medio de un escenario social e institucional particularmente complejo.

Fue la década del setenta el escenario que ofreció la oportunidad para una articulación internacional de ASPEFAM. Un periodo donde se dieron una activa asistencia técnica y transferencia tecnológica que permitieron generar diversas capacidades en las instituciones miembros de la Asociación. Promovió el despliegue de intervenciones como la formación de profesores de ciencias básicas; el desarrollo de capacidades para la enseñanza en las Facultades de Medicina de la Demografía, Planificación Familiar, Ciencias Sociales y la Medicina Preventiva; el financiamiento de tesis y proyectos de investigación en facultades de provincias, etc. Sin embargo, las particulares condiciones del contexto político y económico de finales de los setenta e inicios de los ochenta, impidieron consolidar un proceso de acumulación institucional.

Esta debilidad no permitió aprovechar las enormes ventajas que ofrecía la prematura articulación de ASPEFAM con el aparato tecnoburocrático del MINSA, que se expresó en los primeros arreglos institucionales de integración docente-asistencial. Sin embargo, la enorme debilidad del sistema universitario, no permitió una respuesta sostenida y eficiente. Desde la Resolución Ministerial 000267-72-SA/DS, que genera el espacio de integración docente-asistencial, hasta el desarrollo de un programa que articula la respuesta del conjunto de las facultades de medicina como el

PRONIDAS, pasaron dieciocho años de avances y retrocesos, para terminar siendo desactivado en la práctica, con el despliegue de las intervenciones de reforma en la década del noventa.

La gestión del Dr. Manuel Paredes Manrique fue clave para el desarrollo de ASPEFAM. Un hombre de convicciones muy firmes, que tuvo la capacidad de superar tensiones y conflictos interinstitucionales para fijar una trayectoria de largo plazo para la asociación. Su visión estratégica que permitió aglutinar una masa crítica de actores que pudieron sostener un proceso de incidencia política que duró casi una década y garantizar una continuidad institucional, que se tradujo en gestiones posteriores, que lograron sostenerse en escenarios de alta incertidumbre sin perder de vista la perspectiva estratégica, impulsar e implementar una política pública de acreditación de la Educación Médica. Esta decisión, en términos de visión estratégica, terminó marcando el desarrollo de ASPEFAM y configurando todo un ciclo de política institucional.

ASPEFAM mirando al futuro

Retomar la *gran política* es sumamente importante para el logro de una política institucional que permita a ASPEFAM la mejora de la Educación Médica que, de esta forma, responda a los retos del siglo XXI.

“No es posible hacer una política de mejora de la educación médica sin una política de mejora o reforma del sector salud” (Sánchez Moreno). Varios actores han señalado la centralidad de las intervenciones de fortalecimiento de la formación y reclutamiento de Recursos Humanos en los procesos de reforma del Sector Salud. En ese sentido, es posible de retomar programas como el PRONIDAS, en un contexto de gestión territorial. Arreglos institucionales, como las Redes Integradas de Salud son escenarios que podían articular la acción del conjunto de las Facultades de la Medicina, en un esquema de articule la acción docente a las intervenciones del Programa de Salud Familiar. Lo percibimos como una ventana de oportunidad que nos permitiría llevar a ASPEFAM a otro ciclo de desarrollo. En general, es totalmente válida la recomendación del Dr. Carlos Vidal Layseca, formulada en el marco de la 1.^a Conferencia de Educación Médica, quien señalaba la necesidad de que las Facultades de Medicina se involucren en los procesos de reforma sectorial y que, de no hacerlo, implicaría colocar a estas instituciones en un estado de obsolescencia.

Un importante elemento que plantea la experiencia de ASPEFAM, es la necesidad de colocar en el centro de la opinión pública la urgencia de una gran política pública orientada a la mejora de la Educación Médica. Un modelo a seguir puede ser el del mundo anglosajón donde, a través de estudios sobre la mortalidad asociada a los errores médicos o al deterioro de la calidad de atención, se logra movilizar al conjunto de la sociedad a sostener una política pública de mejora de la calidad y regulación de la Educación Médica, lo cual requiere de un enorme apoyo político (Piscocoya Arbañil, Comunicación personal). Esto implica tener capacidad de agregar intereses y hacer alianzas con diversos actores sociales, dadas las enormes resistencias a arreglos institucionales de este tipo, considerando que, en actual escenario sectorial, se carece de los tiempos políticos para impulsar procesos prolongados de incidencia.

Ello implica la necesidad de institucionalizar y poner en valor, un conjunto de intervenciones que históricamente han sido relevantes para el sistema universitario. La capacidad de ser un activo agente de transferencia tecnológica es uno de los componentes que debe ser recuperado, ya sea dinamizando redes nacionales de investigación o innovación en Educación Médica, o a través de laboratorios permanentes de evaluación de competencias, solo por señalar algunos ejemplos que surgen de la experiencia misma de ASPEFAM.

La educación médica y la gestión sectorial de recursos humanos. Una agenda de nuevos e irresueltos problemas

Un repaso de los distintos documentos generados en los diversos Seminarios, Conferencias o Evaluaciones curriculares desarrollados en las últimas décadas, revela la presencia de los mismos problemas: falta de financiamiento, ausencia de hospitales docentes, deterioro de los campos clínicos hospitalarios, énfasis en una formación de alta especialización en el pregrado, limitadas experiencias de aprendizaje en el primer nivel de atención, limitada profesionalización de la educación médica y de la gestión de los planes de estudio, escasa centralidad de los contenidos de Salud Pública, ausencia de contenidos relevantes de Ciencias Sociales aplicadas a la Salud, insuficientes capacidades para desarrollar nuevos proyectos educativos y, sobre todo, un perfil formativo alejado de las necesidades del país. Por ello, una reflexión en clave histórica, revela un enorme logro y a la vez una gran frustración. En un país que carece de instituciones, ASPEFAM es una muestra clara de que es posible, si hay voluntad política,

construir institucionalidad, incluso en condiciones de gran precariedad, por ello la existencia de la Asociación y su rol protagónico en la marcha de la Educación Médica es un logro que no puede ser soslayado.

Sin embargo, un repaso en la historia de ASPEFAM, es una muestra del todavía limitado desarrollo de la educación médica en el Perú. En perspectiva, se ha realizado un esfuerzo notable para el desarrollo de intervenciones de modernización de la educación médica, pero existen pocas evidencias de que se hayan logrado cambios sustanciales en la estructura de los planes de estudios en gran parte de las facultades miembros de la asociación en las últimas décadas. Los documentos analizados en el marco de este estudio, muestran la frustración permanente de no poder, en el mejor de los casos, superar la etapa del diagnóstico, siendo enormemente difícil sostener intervenciones que logren verdaderos cambios en los planes de estudio. Tal como lo señala César Lip:

“A pesar de las varias reformas curriculares que se han procesado en las Facultades de Medicina en el Perú, la enseñanza en ellas sigue siendo marcadamente biologicista, el pensamiento médicosocial nunca hasta hoy llegó a permear el proceso educacional significativamente y aún en las facultades más avanzadas, lo social no es más que un complemento del biologicismo orientado a la clínica (...) la enseñanza médica peruana acostumbra al estudiante al *sensorialismo* (solo existe lo que deja impresión en los sentidos) y tiñe de un perfil pragmático a la profesión (sólo es verdad aquello que es útil) rebajando la medicina a una técnica centrada en el *operacionalismo terapéutico* (Lip C. , 1994).

El gran reto para ASPEFAM es cómo enfrentar esta agenda pendiente, de modernización de la Educación Médica Peruana y su adecuación a las necesidades del país, si no se enfrenta con claridad y decisión los retos que plantea la formación de recursos humanos en este nuevo siglo XXI. Esto es central en perspectiva, porque un análisis de la historia de ASPEFAM nos muestra cómo los márgenes de tiempos políticos se van reduciendo, a la par que las exigencias de los prestadores, por tener recursos humanos orientados a sus necesidades, que van por el lado del desarrollo de intervenciones en el primer nivel de atención, aumentan progresivamente. El peligro potencial de enfrentar escenarios en los cuales los prestadores coercitivamente impongan una modernización de los planes de estudio y los perfiles de competencias de los egresados en medicina, es una probabilidad real y puede generar un enorme problema para la Asociación, en la medida que no esté preparada para enfrentar este proceso.

Ello implica salir de la tradicional forma como ASPEFAM ha enfrentado los programas de reforma de la Educación Médica, porque implica una respuesta imaginativa para salir de lo que Arroyo denomina “modernización del cientificismo y el arcaísmo nacional actual” (Arroyo Laguna, 1992) y pasar a paradigmas de formación totalmente nuevos. Es decir, pasar del clásico modelo de hoja de ruta, partiendo de un seminario internacional o una encuesta que finalmente se va a terminar estrellando con la realidad, a imaginar procesos radicalmente nuevos.

Se requiere un cambio radical en la forma cómo ASPEFAM ha enfrentado estos retos. Requiere asumir un liderazgo político que permita generar una masa crítica de capacidades técnicas y políticas, que permita imaginar e implementar agresivos procesos de transformación curricular, rompiendo paradigmas, que permitan responder rápidamente a las expectativas de la sociedad y los prestadores de salud.

OPS		ASPEFAM	
ENCUESTA NACIONAL DE FACULTADES DE MEDICINA			
<u>PROYECTO DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</u>			
ACTIVIDADES	TIEMPO DE EJECUCIÓN		
1. Organización, Dirección y Gerencia	Del 1 de octubre al 30 de setiembre del 97		
2. Elaboración de Encuesta y anexos	Del 1 de octubre al 31 de marzo del 98		
3. Aprobación e Impresión	Del 1 al 30 de Abril del 98		
4. Prueba Experimental	Del 2 al 30 de mayo del 98		
6. Distribución Encuesta a Nivel Nacional	Del 31 mayo al 15 de junio del 98		
7. Recepción de Encuestas	Del 1 al 15 de agosto del 98		
8. Procesamiento de Datos	Del 16 al 30 de agosto del 98		
9. Evaluación de Facultades	Del 1 setiembre al 15 de octubre del 98		
10. Formulación del Plan Nacional de elevación del Nivel académico para las 24 Facultades de Medicina	Del 16 al 30 de octubre del 98		
11. Presentación de documentos finales y gestiones financieras	Del 2 al 30 de noviembre del 98		

Esta programación no se pudo realizar por motivos ajenos a la ASPEFAM, esperamos que la próxima directiva utilice el presente proyecto.

Ilustración 18. Ejemplo de un clásico modelo de intervención de mejora de Educación Médica que finalmente no logra un despliegue efectivo.

Ello implica una efectiva alianza con los prestadores de salud y el logro de un enorme respaldo político del MINSA, que permita por un lado comprometer efectivamente el apoyo del estado peruano para impulsar algunos vectores de cambio efectivo en los planes de estudio médicos y por otro garantizar el financiamiento y la transferencia tecnológica necesaria para este proceso. En ese sentido, es importante señalar los escasos grados de libertad que se observan en el escenario actual para la toma de decisiones, lo cual es también una constante en la historia de ASPEFAM.

Desde el lado de la cooperación internacional, la Organización Panamericana de la Salud puede sentirse orgullosa de haber impulsado uno de los pocos casos exitosos de desarrollo de un tejido institucional en salud en nuestro país. Es importante retomar la idea primigenia de Abraham Horwitz y poner en valor este capital social que significa ASPEFAM, al servicio de intervenciones no sólo de mejora de la Educación Médica, sino también de reforma del sector salud. Para el Ministerio de Salud, la articulación con una institución del potencial de ASPEFAM, implica tener un importante aliado en los procesos de transformación del sector, que permite el desarrollo de un programa de mejora de la Educación Médica a largo plazo, partiendo de incentivos que obliguen al sistema universitario a comprometerse a un efectivo proceso de transformación, asociado a la mejora de la cobertura, acceso y calidad de las intervenciones sanitarias en el primer nivel de atención. Todo ello, expresado en un renovado modelo de integración Docente-Asistencial en el marco de las Redes Integradas de Atención.

En estos tiempos complejos, llenos de tensión e incertidumbre, en medio de los enormes retos que enfrenta el Perú, debemos recuperar la lección que nos dieron en 1964, los decanos de un puñado de universidades, que lograron deponer sus enormes diferencias y conflictos para enfrentar juntos el futuro y sacar adelante la Educación Médica Peruana. Ello constituye un enorme logro y un ejemplo para un país que requiere urgentemente del diálogo y consenso para enfrentar los inmensos problemas que nos plantea el siglo XXI.

REFERENCIAS

- Costa Bauer, Marino. Diario Gestión Médica, 1-7 de diciembre de 1997.
- Arroyo Laguna, J. (1992). La Modernización del cientificismo y el arcaísmo nacional actual: el caso de la formación médica en el Perú. Educación Médica y Salud, 26 (1): 51-69.
- Arroyo, J. (marzo de 2007). Cohabitación o calidad de la formación: Dilema en los campos clínicos. 75-77. Lima: IDREH-Proyecto AMARES.
- Asociación de Programas Académicos de Medicina. Dirección Ejecutiva. (1973). Informe Anual 1972. Lima.
- ASPEFAM. (diciembre de 1965). Boletín de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina, II(3).
- ASPEFAM. (1967). Boletín(3), 3-10.
- ASPEFAM. (7-10 de marzo de 1968). IV Seminario Peruano de Educación Médica. Huampaní.
- ASPEFAM. (1973). Seminario sobre evaluación de la enseñanza de la demografía en los programas académicos de Medicina Humana del Perú. Chaclacayo, 23-25 de noviembre de 1973. Lima.
- ASPEFAM. (1977). Taller de Educación Médica sobre Diseño Curricular. Educación Médica y Salud, 80-82.
- ASPEFAM. (1981). Seminario Nacional. Medicina General Familiar. Hacia un nuevo concepto de la atención de la Salud-Enfermedad. Lima: ASPEFAM.
- ASPEFAM. (1986). La Autoevaluación (Análisis Prospectivo) de las Facultades de Medicina del Perú 1985-1986. Lima: ASPEFAM.
- ASPEFAM. (5-7 de diciembre de 1992). Seminario de Acreditación de Facultades de Medicina. Arequipa: ASPEFAM, OPS.
- ASPEFAM. (1996). Primera Conferencia Nacional de Educación Médica. 29 noviembre-10 de diciembre. Lima: ASPEFAM.

- Beteta, P. E. (2-3 de marzo de 1990). Reflexiones y conceptos del desarrollo de Recursos Humanos a propósito del Plan Nacional de Educación Médica. Seminario Nacional de Integración Docente-Atención de Salud, 95-105. Perú: Ministerio de Salud-Asociación Peruana de Facultades de Medicina –Colegio Médico del Perú.
- Brito, P. (1987). La integración docente asistencial: Bases para una propuesta de desarrollo. Perú. Educación Médica y Salud, 1(21), 30-45.
- Campos Rey de Castro, J. (1980). Seminario-Taller sobre Requisitos Mínimos para los Programas Académicos de Medicina del Perú. Lima.
- Caravedo, R. (2003). Ayuda Memoria Gestión 2001-2003. Lima: ASPEFAM.
- Cárdenas, A. J., Hernández, D. O., Llaque, D. W., & Rosell, V. V. (1977). Proyecto de currículum para la enseñanza de la medicina en las universidades del Perú. ASPEFAM.
- Consejo de Facultad UNMSM. (2 de octubre de 1964). Actas del Consejo de Facultad. Lima: UNMSM.
- Consejo Superior del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social. (1965). Acta de la Sesión N° 141 del Consejo Superior del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social. Anales de la Facultad de Medicina, 1(48), 708-709.
- Convenio Hipólito Unanue; Secretaría Ejecutiva. (mayo de 1980). Programa de Formación y Utilización del Médico de Familia en la Subregión Andina.
- Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina-ASPEFAM. (17-20 de diciembre de 1970). Seminario de Educación Médica “La enseñanza de la atención materno-infantil dirigida a la comunidad”. Paracas.
- FEPAFEM. (1977). Propuesta sobre Formación del Médico General e Implantación y Desarrollo de un Proceso de Integración Docente Asistencial.
- Ferreira, J. (1986). Análisis prospectivo de la educación médica. Educación Médica y Salud, 1(42), 26-42.
- Horowitz, A. (1966). Editorial. Educación Médica y Salud, 1(1), 1-4.
- Lip, C. (1994). Los cambios en la profesión médica y sus implicaciones. El caso del Perú. Educación Médica y Salud, 1(28), 94-124.

- Lip, C., Gallo, V., Ballón, J., & León, N. (1989). La formación del personal de salud en el Perú. Lima: Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud.
- Lizaraso, C. F., Castañeda, C. B., & Muñoz, P. J. (1999). Encuesta Nacional de Facultades de Medicina. Lima: ASPEFAM-OPS.
- Middleton, S., & Wegman, M. (1958). La Organización Mundial de la Salud y la Educación Médica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 5(44), 375-381.
- Ministerio de Salud. (14 de noviembre de 1986). Convenio de Cooperación entre el Ministerio de Salud y la Universidad. Resolución Ministerial 546-86-SA/DM.
- Ministerio de Salud. (29 de marzo de 2006). Oficio 827-2006-DM/MINSA, Lima 29 de marzo del 2006. Lima.
- Ministerio de Salud. Dirección Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos. (1989). Propuesta de Reglamento para la Delimitación del Ámbito Geográfico. Lima: Ministerio de Salud.
- Nava, H. (2004). Evaluación y acreditación de la Educación Superior. El Caso del Perú. En La Evaluación y la acreditación en la Educación Superior en América Latina y el Caribe. IESALC/UNESCO.
- Neuenschwander, L. (1998). Huellas en el camino de la Medicina. Arequipa.
- OMS; OPS. (3-13 de octubre de 1961). 13.^a Sesión del Comité Regional. Washington D.C.
- Piscoya Arbañil, J. (s.f.). Comunicación personal.
- Piscoya Arbañil, J. (octubre de 2017). Comunicación personal.
- Piscoya, J. (1998). Acreditación de Facultades de Medicina y su impacto en la formación de recursos humanos en salud. Anales de la Facultad de Medicina, 3(59), 232-243.
- Piscoya, J. (2002). CAFME: Historia, perspectiva actual y futura. Situa, 10(20), 56-61.
- Primer Foro de Medicina y Salud. (1987). Coordinación para la formación y utilización de profesionales de la salud. 110. Lima: UNMSM-Facultad de Medicina.
- Sánchez Moreno, F. (s.f.). Comunicación personal.

Sánchez Moreno, F. (24 de octubre de 2017). Comunicación personal.

Sierra, R. (2006). La Historia de la Educación Médica en la Universidad de Cartagena, Siglo XX. En D. (. Piñeres, Cátedra de Historia de la Universidad de Cartagena (págs. 57-58). Cartagena: Universitaria de Cartagena de Indias.

Sotelo, B. (1967). Algunas consideraciones sobre la formación de médicos en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 3(78), 392-406.

Torres, N. (2008). Los Exámenes Nacionales de Medicina (ENAM) en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 3(25), 316-318.

Torres, P. M., J., T., & Márquez, M. (1975). Primer Seminario Nacional sobre enseñanza de la Medicina Preventiva en los programas académicos de medicina en el Perú. *Educación Médica y Salud*, 2(9), 196-210.

Webb, R. (2006). El financiamiento del desarrollo institucional en el Perú. En J. C. (Editor), *Construir instituciones: democracia, desarrollo y desigualdad en el Perú desde 1980* (págs. 237-238). PUCP-Universidad del Pacífico-IEP.

Zárate, C. E., & Cárdenas, D. M. (2017). *Sociedad y cogobierno en San Marcos*. Lima, 1961. 3(4), 29-140.

ANEXOS

ANEXO 1

Galería de Presidentes de ASPEFAM

Año	Nombre y Universidad	
2015-2017	Dr. RAFAEL ELGEGREN REÁTEGUI U. Científica del Sur	
2013-2015	Dr. MANUEL HUAMAN GUERRERO U. Ricardo Palma	
2011-2013	Dr. PEDRO WONG PUJADA U. Nacional Mayor de San Marcos	
2009-2011	Dr. MANUEL HUAMÁN GUERRERO U. Ricardo Palma	
2007-2009	Dr. LUIS CARAVEDO REYES U. Peruana Cayetano Heredia	
2005-2007	Dr. ULISES NÚÑEZ CHÁVEZ U. Nacional Mayor de San Marcos	

Año	Nombre y Universidad	
2004-2005	Dr. LUIS QUINTO CESARE U. Nacional Federico Villarreal	
2004	Dr. JESÚS VELARDE ZEVALLOS U. Nacional Federico Villarreal	
2003-2004	Dr. JESÚS FERNÁNDEZ URDAY U. Nacional Federico Villarreal	
2001-2003	Dr. LUIS CARAVEDO REYES U. Peruana Cayetano Heredia	
2001	Dr. FAUSTO GARMENDIA LORENA U. Nacional Mayor de San Marcos	
2000	Dr. AGUSTÍN IZA STOLL U. Nacional Mayor de San Marcos	
1999-2000	Dr. JOSÉ LEONARDO PISCOYA ARBAÑIL U. Nacional Mayor de San Marcos	

Año	Nombre y Universidad	
1997-1999	Dr. FRANK LIZARASO CAPARÓ U. de San Martín de Porres	
1994-1996	Dr. OSWALDO ZEGARRA ROJAS U. Peruana Cayetano Heredia	
1992-1994	Dr. MANUEL PAREDES MANRIQUE U. Nacional Mayor de San Marcos	
1990-1991	Dr. FRANCISCO SÁNCHEZ MORENO U. Nacional Mayor de San Marcos	
1989-1990	Dr. ROLANDO GÓMEZ CARDENAS U. Nacional San Luis Gonzaga de Ica	
1988-1989	Dr. GUILLERMO MORALES STIGLICH U. Nacional Federico Villarreal	
1985-1986	Dr. RAÚL ROMERO TORRES U. Nacional Mayor de San Marcos	

Año	Nombre y Universidad	
1984-1985	Dr. JORGE CAMPOS REY DE CASTRO U. Nacional Mayor de San Marcos	
1982-1983	Dr. JESÚS DELGADO PACHECO U. Nacional de San Agustín	
1980-1982	Dr. GUILLERMO MORALES STIGLICH U. Nacional Federico Villarreal	
1978-1979	Dr. MELITÓN ARCE RODRÍGUEZ U. Nacional Federico Villarreal	
1977-1978	Dr. JORGE CÁRDENAS ARÉVALO U. Nacional de Trujillo	
1975-1976	Dr. FERNANDO PORTURAS PLAZA U. Peruana Cayetano Heredia	
1973-1974	Dr. JORGE DE VINATEA COLLINS U. Nacional de Trujillo	

Año	Nombre y Universidad	
1970-1972	Dr. VITALIANO MANRIQUE VALDIVIA U. Nacional Mayor de San Marcos	
1969	Dr. HERNÁN MIRANDA CUETO U. Nacional de Trujillo	
1968	Dr. CARLOS LANFRANCO LA HOZ U. Nacional Mayor de San Marcos	
1967	Dr. HERNÁN TORRES RODRÍGUEZ U. Peruana Cayetano Heredia	
1966	Dr. JORGE VINATEA COLLINS U. Nacional de Trujillo	
1965	Dr. FÉLIX NÁQUIRA VILDOSO U. Nacional de San Agustín	
1964	Dr. ALBERTO GUZMÁN BARRÓN U. Nacional Mayor de San Marcos	

ANEXO 2**Cronología de incorporación de Socios de ASPEFAM**

Nombre	Fecha de Ingreso
Facultad de Medicina San Fernando UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS	11.01.1964
Facultad de Medicina Alberto Hurtado UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA	11.01.1964
Facultad de Ciencias Médicas UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO	11.01.1964
Facultad de Medicina Daniel Alcides Carrión UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA DE ICA	11.01.1964
Facultad de Medicina UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN	11.01.1964
Facultad de Medicina Hipólito Unanue UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL	13.03.1970
Facultad de Medicina Humana UNIVERSIDAD NACIONAL SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO	03.03.1987
Facultad de Medicina Humana UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA	03.03.1987
Escuela Académica Profesional de Medicina Humana UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA	08.05.1987
Facultad de Medicina Humana UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO	29.04.1988
Facultad de Medicina Humana UNIVERSIDAD DE SAN MARTIN DE PORRES	15.07.1995
Facultad de Ciencias Médicas UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO	15.07.1994
Facultad de Medicina Rafael Donayre Rojas UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA	15.07.1995
Facultad de Medicina UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA	29.09.1995

Nombre	Fecha de Ingreso
Facultad de Medicina UNIVERSIDAD NACIONAL JOSE FAUSTINO SANCHEZ CARRION	09.12.1995
Facultad de Medicina UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DEL PERU	09.12.1995
Facultad de Medicina Humana UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA	19.07.1996
Facultad de Medicina Humana UNIVERSIDAD RICARDO PALMA	17.11.2001
Facultad de Medicina Humana UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO	17.11.2001
Facultad de Medicina Humana UNIVERSIDAD PRIVADA SAN PEDRO	21.11.2002
Facultad de Ciencias Médicas UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO	31.10.2003
Facultad de Ciencias de la Salud UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES	31.10.2003
Escuela Académica Profesional de Medicina Humana UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL SUR	08.12.2007
Facultad de Ciencias de la Salud UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS	08.12.2007
Escuela Profesional de Medicina Humana UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA	16.07.2011

ANEXO 3

Resolución Ministerial 529-86-SA/DM, que nombra a ASPEFAM institución asesora del Ministerio de Salud en materia de Educación Médica

MINISTERIO DE SALUD

Presidente de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM)

No.

R.M. 529-86-SA/DM



Dr. MILITON ARCE RODRIGUEZ
Vice-Ministro de Salud

Resolución Ministerial

Lima, 06 de Noviembre de 1986

CONSIDERANDO:

Que es política del Sector normar los aspectos referidos a la formación y desarrollo de recursos humanos para la salud;

Que en este proceso es indispensable contar con la opinión autorizada de las entidades representativas de las instituciones formadoras de los profesionales de las Ciencias de la Salud;

Que la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) ha ofrecido su concurso para asesorar a las Autoridades del Sector en el campo de la educación médica;

Con la opinión favorable del Vice-Ministro de Salud Sectorial;

SE RESUELVE:

Designar a la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) Institución asesora del Sector Salud en materia de educación médica.

La referida Asociación coordinará acciones con la Dirección Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud para el mejor cumplimiento de los fines a que se refiere la presente Resolución.

Regístrese y comuníquese.



Dr. DAVID TEJADA DE RIVERO
Ministro de Salud

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Dr. MIGUEL RIVERA CIL
Secretario General
Ministerio de Salud

ANEXO 4

Resolución Ministerial 000267-72-SA/DS de Integración Docente Asistencial

MINISTERIO DE SALUD

No. 000267-72-SA/DS

REPUBLICA PERUANA

Resolución Ministerial

Lima, 14 de enero de 1972

CONSIDERANDO:

Que el Decreto Supremo N° 0055-71-SA del 13 de Abril de 1971 en su Artículo 23° dispone que a partir de la fecha de su promulgación, los convenios existentes entre las Universidades y las entidades propietarias de los Centros Asistenciales "deberán adecuarse a las normas contenidas en el presente Decreto";

Que es propósito del Ministerio de Salud colaborar con las Universidades que cuentan con Programas Académicos de las Ciencias Médicas, en su objetivo de ampliar y diversificar sus campos de docencia abarcando progresivamente todos los Establecimientos de Salud existentes en las regiones del país en las que ejercen influencia;

Que es conveniente y preciso para el Ministerio de Salud uniformar en lo posible los distintos tipos de convenio que se le proponen;

SE RESUELVE:

Aprobar las siguientes Bases para los Convenios entre el Ministerio de Salud y las Universidades que tienen Programas Académicos de Ciencias de la Salud:

I. BASIS DOCTRINARIAS

1.1. Los objetivos de los Programas Académicos de las Ciencias de la Salud se derivan de las necesidades de salud de la comunidad y por lo tanto deben tender a concordar con los del Plan Sectorial de

Salud. Este criterio ha sido sentado en numerosos Seminarios de Educación Médica y conlleva la necesidad de modificar los "currículaes" de modo de asignarles responsabilidad mediante el cumplimiento del factor "servicio", dando a los educandos la oportunidad de participar activa y gradualmente en la solución de la problemática de salud, sin que ello entrañe, en ningún caso, desvirtuación de los fines específicos del proceso de enseñanza-aprendizaje.

- 1.2. Las acciones de salud y de docencia deben tener un enfoque integral, es decir, orientadas hacia la prevención, reparación, promoción y rehabilitación.
- 1.3. Por ello, las acciones de salud y de docencia de medicina integral deben realizarse no sólo en ambientes hospitalarios sino en todos los que constituyen el sistema ejecutivo del Ministerio de Salud, para brindar así, a los alumnos de las Ciencias de la Salud, la oportunidad de conocer, a través de la "enseñanza en servicio", la multiplicidad causal de la enfermedad y, a la comunidad, mayor cobertura en atención de salud.
- 1.4. Los organismos del Sector Salud y las universidades con programas académicos de ciencias de la salud deben cumplir, además, permanente labor de investigación como función específica de su misión y para tratar de encontrar nuevos sistemas, procedimientos y soluciones utilizables por los organismos del Sector Salud y la Universidad. De esta manera, estos organismos pueden transformarse en áreas de experiencia y demostración.
- 1.5. El Ministerio de Salud y las Universidades se coordinarán sus actividades constituirán una "comunidad de acciones de salud y docencia" para la cual comprometerán la totalidad de los recursos disponibles de los establecimientos implicados en el convenio, y, deberán participar en la medida de su competencia, con igual responsabilidad, en ambos aspectos.
- 1.6. Sin embargo, en los convenios que se suscriba entre el Ministerio de Salud y las Universidades, ninguna de las dos entidades asumirá obligacio -

MINISTERIO DE SALUD

No. _____



Resolución Ministerial

Lima, _____ de _____ de 19__

nes ni dependencias administrativas o técnicas distintas de las que le señala sus leyes de creación y sus reglamentos vigentes, como lo establece el Artículo 3º del Decreto Supremo N° 0055-71-SA.

- 1.7. El respeto recíproco de los fueros de las entidades que participan en los convenios, así como la efectiva coordinación de sus actividades quedarán asegurados mediante el sistema de "programación conjunta" que se describe en el numeral 3.4. del punto III de las presentes Bases.
- 1.8. Por otra parte, las acciones de salud y docencia que se desarrollen como consecuencia de la "programación conjunta" no comprometen, de inicio, a las universidades, al desarrollo de todo el plan de salud a efectuarse en una región, zona o área, sino en aquellas acciones en las que sea pertinente su participación y de acuerdo con la capacidad de sus recursos.

II. BASES LEGALES

La Ley Orgánica de Educación, el Estatuto Universitario, los Reglamentos de cada Universidad y Programa Académico, la Ley Orgánica de Salud, el Código Sanitario, el Decreto Supremo N° 0055-71-SA y su ampliatoria, la Resolución Suprema N° 000231-71-SA establecen las normas legales que regirán los convenios celebrados entre la Universidad y las entidades propietarias de los Centros Asistenciales.

III. BASES PROGRAMATICAS

- 3.1. Presentando el Perú una variada ecología en relación con sus tres regiones geográficas, costa, sierra y selva, es preciso que la formación del profesional de la salud se efectúe de acuerdo con la pro

Una firma manuscrita en tinta negra, que parece ser 'RAH'.

blenática de estas tres regiones, por lo cual, los convenios que se celebren entre el Ministerio de Salud y las Universidades con Programas Académicos de Ciencias de la Salud, tendrán como base programática una área geográfica que involucre las tres regiones antes mencionadas y no se circunscriba solamente a hospitales o servicios aislados.

- 3.2. La asistencia y la docencia en salud comprenden distintos niveles que están en función de objetivos de servicio y de enseñanza-aprendizaje, para cuyo cumplimiento se requiere la utilización de establecimientos de diferente grado de complejidad.

En consecuencia, los convenios se referirán a los siguientes tipos de establecimientos: un hospital base-regional, hospitales generales, consultorios de pueblos jóvenes, centros de salud, puestos médicos y puestos sanitarios. Cada Universidad utilizará como sede principal de sus actividades un solo hospital regional conectado con el resto del sistema de una Área Hospitalaria. Excepcionalmente, cuando no exista más que un solo hospital base, éste podrá ser compartido en su utilización por más de una Universidad, si es que sus posibilidades de recursos lo permitieran.

Para que un hospital sea considerado como sede principal de la docencia, deberá reunir los requisitos de estructura y organización que la Comisión Multisectorial señalada en el Decreto Supremo N° 0055-71-SA y su ampliatoria la Resolución Suprema N° 000231-71-SA, establezcan.

- 3.3. Existiendo hospitales especializados del Ministerio de Salud, que son igualmente necesarios para la docencia, podrán ser incluidos en los convenios y su utilización será compartida por las distintas universidades que lo requieran, en la medida de sus necesidades y de la capacidad disponible.
- 3.4. Las acciones de salud y docencia que se cumplan como consecuencia de los convenios se establecerán mediante el sistema de "programación conjunta" que incluye los siguientes aspectos:
- 3.4.1. Especificación de los aportes organizados de los recursos materiales, económicos y humanos de cada institución.

MINISTERIO DE SALUD

3

No.



Resolución Ministerial

Lima, de de 19.....

- 3.4.2. Autorización recíproca para la adaptación o modificación de locales de acuerdo a las necesidades. Asimismo para instalaciones y construcciones.
- 3.4.3. Coordinación del uso de locales y equipos.
- 3.4.4. Coordinación en el régimen de trabajo profesional sobre la base de "horario único" que elimine toda clase de incompatibilidad.

Se entiende por "horario único" el establecido en la programación conjunta y que permite cumplir tanto con las obligaciones de las acciones de salud como con las de docencia.

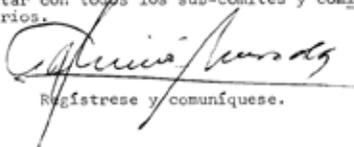
- 3.4.5. Coordinación en la remuneración de los profesionales dentro de los dispositivos legales y reglamentarios de cada institución.
- 3.4.6. Coordinación en el régimen de trabajo para los docentes que no pertenezcan al Establecimiento del Ministerio de Salud.
- 3.4.7. Coordinación en el sistema de enseñanza de pre-grado, en el de internado clínico, de internado rural obligatorio y en el de residenciado.
- 3.4.8. Coordinación en los estudios de continuación y perfeccionamiento.
- 3.4.9. Coordinación en los programas de investigación.
- 3.4.10. Coordinación en la planificación, supervisión y evaluación de los programas regionales.

- 3.4.11. Coordinación en el establecimiento de requisitos básicos para la provisión de plazas en el hospital regional y las áreas hospitalarias.

IV. BASES DE ORGANIZACION

- 4.1. Los convenios serán firmados por los representantes legales del Ministerio de Salud y las Universidades.
- 4.2. Tendrán una duración de seis años, como lo establece la ley, pero podrán ser revisados y reajustados cada año. No podrán ser rescindidos en forma unilateral.
- 4.3. El Programa Conjunto será elaborado por un Comité Técnico Permanente y luego sometido a aprobación de las autoridades competentes de la Universidad y del Ministerio de Salud, las que además supervisarán y evaluarán su desarrollo. El Comité Técnico se encargará de su ejecución.
- 4.4. El Comité Técnico Permanente tendrá un número de integrantes variable y de acuerdo a los programas académicos implicados en el convenio. Sin embargo, siempre habrá equiparidad de representantes de ambas instituciones.

Las Direcciones de los Programas Académicos comprendidos en el convenio y las Jefaturas de Zonas de Salud, de mutuo acuerdo, sobre las bases señaladas, organizarán el Comité Técnico Permanente, que podrá contar con todos los sub-comités y comisiones necesarias.



Regístrese y comuníquese.

(2)

Tr. Nº EM-000257-72-SA/DS de fecha 14-1-72, remitida a:

- Dr. Aníbal Espino Rodríguez, Rector de la Universidad Nac. de la Libertad / Trujillo.
- Dr. Jorge de Vinatas Collins, Director del Prog. Académico de Medicina de la Universidad Nac. de La Libertad - Trujillo.
- Dr. Juan de Dios Guevara, Rector de la Universidad Nac. Mayor de San Marcos
- Dr. Andrés Rotta Oliveros, Director del Prog. Académico de Medicina de la Universidad Nac. Mayor de San Marcos.
- Ing. Humberto Espinoza Uriarte, Rector de la Universidad Nac. Federico Villarreal - Lima.
- Dr. Julio Bedoya Paredes, Director del Prog. Académico de Medicina de la Universidad Nac. Federico Villarreal.
- Dr. Carlos Monge Casinelli, Rector de la Universidad Peruana Cayetano Heredia
- Dr. Vicente Zapata Critiz, Director del Prog. Académico de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Dr. Zuño Burstein Alva, Universidad Nac. Mayor de San Marcos.
- Dr. Manasés Ocampo, Rector de la Univer. Nac. San Luis Gonzaga - Ica
- Dr. Adolfo Sánchez Cerro Mendoza, Director del Prog. Académico de Medicina de la Univer. Nac. San Luis Gonzaga - Ica.
- Dr. Javier Mayorga, Rector de la Univer. Nac. San Agustín - Arequipa
- Dr. José Gutiérrez Correa, Director del Prog. Académico de Medicina de la Universidad Nac. San Agustín - Arequipa.

Lima, 19 de Enero de 1972

- Dos a la Dirección General de Programas de Salud. (20-1-72)

ANEXO 5A

Decreto Supremo 021-2005-SA. Aprueban creación del Sistema Nacional de Articulación de Docencia - Servicio e Investigación en Pregrado de Salud

Lima, viernes 21 de octubre de 2005

NORMAS LEGALES El Peruano Pág. 302737

Perú y el Gobierno de la República de Chile, el 10 de diciembre de 2004, en la ciudad de Lima, República del Perú.

Artículo 2°.- Dese cuenta al Congreso de la República.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los dieciocho días del mes de octubre del año dos mil cinco.

ALEJANDRO TOLEDO
Presidente Constitucional de la República

OSCAR MAURTUA DE ROMAÑA
Ministro de Relaciones Exteriores

17881

Ratifican Enmienda Seis al Convenio de Donación de Objetivo Estratégico con EE.UU. para el Fortalecimiento de los Procesos e Instituciones Democráticas en Áreas Críticas* USAID N° 527-0402

DECRETO SUPREMO
N° 080-2005-RE

EL PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA
REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que la Enmienda Seis al Convenio de Donación de Objetivo Estratégico entre la República del Perú y los Estados Unidos de América para el "Fortalecimiento de los Procesos e Instituciones Democráticas en Áreas Críticas* USAID N° 527-0402, fue suscrita el 8 de setiembre de 2005, en la ciudad de Lima, República del Perú.

Que es conveniente a los intereses del Perú la ratificación del citado instrumento internacional.

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 57° y 118° inciso 11 de la Constitución Política del Perú y el artículo 2° de la Ley N° 26647, que facultan al Presidente de la República para celebrar y ratificar Tratados o adherir a éstos sin el requisito de la aprobación previa del Congreso;

DECRETA:

Artículo 1°.- Ratifíquese la Enmienda Seis al Convenio de Donación de Objetivo Estratégico entre la República del Perú y los Estados Unidos de América para el "Fortalecimiento de los Procesos e Instituciones Democráticas en Áreas Críticas* USAID N° 527-0402, suscrita el 8 de setiembre de 2005, en la ciudad de Lima, República del Perú.

Artículo 2°.- Dese cuenta al Congreso de la República.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los dieciocho días del mes de octubre del año dos mil cinco.

ALEJANDRO TOLEDO
Presidente Constitucional de la República

OSCAR MAURTUA DE ROMAÑA
Ministro de Relaciones Exteriores

17882

SAUD

Aprueban creación del Sistema Nacional de Articulación de Docencia - Servicio e Investigación en Pregrado de Salud

DECRETO SUPREMO
N° 021-2005-SA

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que es uno de los objetivos funcionales del Ministerio de Salud la formación, asignación y supervisión de la calidad de los recursos humanos en salud, siendo estrategia para el logro de este objetivo el promover espacios de concertación entre las instituciones formadoras y prestadoras de servicios de salud del Ministerio de Salud.

Que es objetivo de las universidades con facultades de ciencias de la salud, el promover la formación de recursos humanos de la más alta calidad científica y humanista, en el marco del pleno ejercicio de la autonomía universitaria.

Que en premisa básica en el desarrollo de todas las actividades en los servicios de salud el pleno respeto a los derechos fundamentales de la persona humana.

Que los establecimientos de salud vienen desarrollando acciones de manera articulada con la comunidad y las universidades que cuentan con facultades o escuelas de ciencias de la salud, de acuerdo a las políticas y planes de desarrollo del Sector Salud.

Que a efectos de optimizar el proceso de integración, docencia, servicio e investigación, contribuyendo a la formación de profesionales que respondan a la atención de los problemas de salud de la población, resulta pertinente la creación del Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud.

De conformidad con lo establecido en el artículo 118° Inc. 8) de la Constitución Política del Estado, el Decreto Legislativo N° 560 - Ley del Poder Ejecutivo; y, estando a lo acordado;

DECRETA:

Artículo 1°.- Apruébese la creación del Sistema Nacional de Articulación de Docencia - Servicio e Investigación en Pregrado de Salud, de acuerdo al anexo que forma parte integrante del presente Decreto Supremo y que consta de 3 capítulos, 15 artículos y 2 Disposiciones Complementarias.

Artículo 2°.- Deróguese todas las disposiciones que se opongan al presente Decreto Supremo.

Artículo 3°.- El presente Decreto Supremo será refrendado por el Ministro de Salud.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los veinte días del mes de octubre del año dos mil cinco.

ALEJANDRO TOLEDO
Presidente Constitucional de la República

PILAR MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud

SISTEMA NACIONAL DE ARTICULACIÓN DE DOCENCIA-SERVICIO E INVESTIGACIÓN EN PREGRADO DE SALUD

**CAPÍTULO I
FINES Y OBJETIVOS**

Artículo 1°.- El Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud (SINA-PRES) es la instancia de articulación entre las instituciones formadoras de profesionales de la salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud del Ministerio de Salud y sus ámbitos geográfico-sanitarios, en el marco de las políticas y planes de los Sectores Salud y Educación. Estas funciones se desarrollarán con pleno respeto a la autonomía universitaria.

Artículo 2°.- El Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud tiene por finalidad coordinar y regular las actividades de docencia en servicio e investigación en los servicios de salud, con respecto a la dignidad de las personas y a los derechos de los pacientes.

Artículo 3°.- Son objetivos del Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud:

- Promover la formación profesional, humanista y científica asegurando el respeto a la persona humana como premisa básica del proceso formativo en salud.
- Coordinar y regular el proceso de articulación docencia-servicio e investigación entre Universidades que

Lima, viernes 21 de octubre de 2005

NORMAS LEGALES El Peruano Pág. 302739

contando el Presidente con el voto dirimente. Corresponderá la Vicepresidencia a la institución que no ejerza la Presidencia del Comité.

Artículo 10°.- Los Comités Regionales de Pregrado de Salud estarán integrados por:

- El Director de la Dirección Regional de Salud, o su representante, quien lo presidirá, contando con el voto dirimente.
- Un representante de la Gerencia de Desarrollo Social del Gobierno Regional.
- El Director Ejecutivo de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos de la Dirección Regional de Salud.
- El Director Ejecutivo de Salud de las Personas de la Dirección Regional de Salud.
- Un representante por cada una de las universidades con facultades de ciencias de la salud, con sede en la Región.
- Un representante de los estudiantes, perteneciente a una Facultad de Ciencias de la Salud de la Región. Esta designación será por un año no renovable.

En los casos en que las facultades o escuelas de medicina no estuviesen representadas en el Comité Regional, en aplicación del inciso c), entre ellas designarán un representante pleno al Comité.

El número de representantes de las universidades será igual al número de representantes de las instituciones prestadoras (incluyendo el Gobierno Regional), para lo cual se incrementará los representantes de estas instituciones, según sea necesario.

Artículo 11°.- El Comité Nacional de Pregrado de Salud propondrá su Reglamento de Funcionamiento en concordancia con la presente norma, el cual será aprobado en el plazo de 60 días por Resolución Ministerial del Sector Salud.

Dentro del plazo de 30 días de aprobado el Reglamento de Funcionamiento del Comité Nacional, sobre la base del mismo, los Comités Regionales de Pregrado de Salud propondrán la adecuación e implementación de sus respectivos Reglamentos, para su aprobación por Resolución Ministerial del Sector Salud.

Artículo 12°.- La Secretaría Ejecutiva es un órgano técnico nominado por el Comité Nacional de Pregrado de Salud con el propósito de facilitar, desarrollar y realizar el seguimiento del cumplimiento de los acuerdos adoptados por el Comité Nacional de Pregrado de Salud. Su composición y funciones serán establecidas en el Reglamento.

Artículo 13°.- Son funciones del Comité Nacional de Pregrado de Salud:

- Coordinar y regular el Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud al logro de sus objetivos.
- Asumir la responsabilidad por el seguimiento, supervisión y evaluación del Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud.
- Elaborar su Plan Anual.
- Establecer los deberes y derechos de las instituciones formadoras y prestadoras en el marco de la articulación de docencia, servicio e investigación.
- Aprobar las normas y procedimientos para la definición de ámbitos geográficos-sanitarios y número; y distribución de Campos Clínicos y sociosanitarios; y otros requeridos para el logro de los objetivos del Sistema.
- Establecer normas, estándares y procedimientos para la evaluación y acreditación de Sedes Docentes.
- Establecer los criterios para la determinación del número de campos clínicos y sociosanitarios de acuerdo a las necesidades del país, así como la capacidad de los establecimientos de salud.
- Regular las prácticas preprofesionales en los servicios de salud por alumnos que provienen del extranjero.
- Conformar Subcomités y Comisiones para asuntos específicos.
- Nominar los integrantes de la Secretaría Ejecutiva.
- Gestionar y proveer información a los componentes del Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud, según se requiera.
- Realizar el monitoreo y supervisión de los Comités Regionales de Pregrado de Salud.
- Solicitar ante las instancias correspondientes la programación de plazas para internos en el Presupuesto

Annual en las instituciones prestadoras integrantes del sistema, promoviendo la planificación y utilización racional de estos recursos en el Sector Salud.

n) Resolver sobre aquellas situaciones no contempladas expresamente en las normas del Sistema, así como las presuntas ambigüedades que pudieran presentarse.

Artículo 14°.- Son funciones de los Comités Regionales de Pregrado de Salud:

- Coordinar y regular el Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud a nivel de la región, para el logro de sus objetivos.
- Promover una adecuada articulación entre las instituciones prestadoras de servicios de salud y las Universidades con sede en la Región.
- Mantener coordinación permanente con el Comité Nacional de Pregrado de Salud.
- Formular su Plan Anual.
- Definir y distribuir los ámbitos geográficos-sanitarios, aplicando las normas y procedimientos nacionales aprobados para el efecto por el Comité Nacional de Pregrado de Salud, tomando en cuenta el proceso de descentralización nacional y la capacidad de las instituciones prestadoras de salud del Ministerio de Salud, así como las formadoras.
- Determinar el número de campos clínicos y sociosanitarios de acuerdo a los criterios establecidos por el Comité Nacional, realizando la distribución correspondiente entre las Facultades y Escuelas de Ciencias de la Salud.
- Ejecutar el proceso de acreditación de los Servicios de Salud como Sedes Docentes, conforme al marco normativo nacional del Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud, determinando el número máximo de alumnos e internos de las diversas profesiones de la salud que pueden ser recibidos en cada servicio de salud, número que debe estar de acuerdo a su capacidad instalada, recursos y disponibilidad presupuestal.
- Constituir en cada ámbito, los Subcomités y Comisiones que sean necesarios para su adecuado funcionamiento, supervisando y evaluando las acciones conjuntas docentes asistenciales que realicen el Ministerio de Salud, los Gobiernos Regionales y la Universidad.
- Velar por el cumplimiento de las normas universitarias e instituciones, en el ámbito de su jurisdicción.

Estas funciones en el ámbito de Lima y Callao serán asumidas por el Comité Nacional de Pregrado de Salud.

Artículo 15°.- Las Normas del Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud serán sometidas a revisión cada cuatro años, debiendo enviarse el informe respectivo al Ministro de Salud. Podrán ser revisadas después del primer año de su vigencia, a solicitud de los 2/3 de los miembros del Comité Nacional de Pregrado de Salud.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

Primera.- Para efecto de lo establecido en los artículos 13°, incisos e) y g) y 14° incisos e) y f), los Comités deberán tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Respeto a la dignidad y derechos del paciente, premisa básica de todo proceso de articulación de docencia, servicio e investigación en salud.
- Proceso de descentralización del país con transferencia progresiva de funciones a las regiones.
- Conformación funcional de Macrorregiones para contribuir al desarrollo socio-sanitario del país, a través del uso eficiente de los recursos disponibles de las instituciones formadoras y prestadoras de servicios de salud de las regiones.
- Considerar para la distribución de los campos clínicos y la delimitación de ámbitos geográficos-sanitarios, los siguientes criterios en forma integral:
 - En el siguiente orden: las universidades públicas de la región, las universidades privadas de la región, y las universidades públicas y privadas de las otras regiones integrantes de la macro-región.
 - Antigüedad de la institución formadora en los campos clínicos y sociosanitarios.

iii. Presencia de docentes en condición de Profesor Ordinario, en la institución prestadora.

iv. Inversión en infraestructura dentro de la Sede Docente.

v. Contribución al desarrollo de la sede docente.

vi. Cumplimiento de los compromisos asumidos en Convenios suscritos con la sede docente.

vii. Desarrollo de investigaciones de interés nacional y acciones de salud en la comunidad.

viii. Otros complementarios que el Comité Nacional de Pregrado de Salud o el Comité Regional de Pregrado de Salud establezcan.

e. Organización de la atención de salud en redes y micronefes.

f. Rol promotor y responsabilidad social de la universidad en el desarrollo regional y local.

g. Garantía de calidad en el proceso formativo de los profesionales de salud, permitiendo que los procesos de docencia en servicio, tutoría en la enseñanza, y monitoreo académico y administrativo se desarrollen con eficiencia.

h. Corresponsabilidad entre las instituciones formadoras y prestadoras en el logro de resultados sanitarios en el ámbito asignado, con utilización eficiente de los recursos asignados.

i. Desarrollo y fortalecimiento del primer nivel de atención de salud.

j. Políticas nacionales y regionales de salud y educación.

Segunda.- A través del Reglamento de Funcionamiento del Comité Nacional de Pregrado de Salud se conformarán los Subcomités establecidos en el artículo 13º, inciso i). En el caso del Comité de Pregrado de Medicina (COPREME), creado por Resolución Ministerial N° 804-2004-MINSA, este se constituye como Subcomité de Pregrado de Medicina, para lo cual el Reglamento del Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud definirá lo referente a su organización y funciones.

17936

Incorporan representantes de las Oficinas Generales de Epidemiología y de Estadística e Informática al Comité de Coordinación conformado por la R.M. N° 929-2004/MINSA

RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 794-2005/MINSA

Lima, 18 de octubre del 2005

Visto el Expediente N° 05-528353-01, que contiene el Oficio N° 560-2005-OGC/MINSA, de la Oficina General de Comunicaciones;

CONSIDERANDO:

Que, por Resolución Ministerial N° 929-2004/MINSA, de 14 de setiembre de 2004, se conformó el Comité de Coordinación, encargado de diseñar, planificar, coordinar, implementar y ejecutar las acciones de la Cruzada Nacional por los Derechos y Responsabilidades Ciudadanas en Salud, así como gestionar los recursos necesarios para el cumplimiento de los objetivos propuestos;

Que, la Oficina General de Comunicaciones, encargada de la Secretaría Técnica del Comité de Coordinación, ha informado al Despacho Ministerial que, en sesión ordinaria, sus integrantes ha acordado incorporar al Comité, a la Oficina General de Epidemiología y a la Oficina General de Estadística e Informática, a efecto de que se encauquen del estudio muestral de la Cruzada, a nivel nacional y regional;

Que, en virtud del Acuerdo adoptado por el Comité de Coordinación de la Cruzada Nacional por los Derechos y Responsabilidades Ciudadanas en Salud, es conveniente disponer la incorporación al seno de dicho Comité, a los representantes de las mencionadas Oficinas Generales;

Con la visación de las Oficinas Generales de Asesoría Jurídica y de Comunicaciones;

Con la visación del Viceministro de Salud; y

De conformidad con lo previsto en el literal i) del artículo 8º de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo Único.- Incorporar al Comité de Coordinación de la Cruzada Nacional por los Derechos y Responsabilidades Ciudadanas en Salud, conformado por Resolución Ministerial N° 929-2004/MINSA, de 14 de setiembre de 2004, al titular o al representante de los siguientes órganos:

- Oficina General de Epidemiología.

- Oficina General de Estadística e Informática.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

PILAR MAZZETTI SOLER

Ministra de Salud

17936

TRANSPORTES Y COMUNICACIONES

Autorizan viaje de Inspector de la Dirección General de Aeronáutica Civil a EE.UU., en comisión de servicios

RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 790-2005-MTC/G2

Lima, 19 de octubre de 2005

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 27619 que regula la autorización de viajes al exterior de servidores y funcionarios públicos, en concordancia con sus normas reglamentarias aprobadas por Decreto Supremo N° 047-2002-PCM, establece que para el caso de los servidores y funcionarios públicos de los Ministerios, entre otras entidades, la autorización de viaje se otorgará por Resolución Ministerial del respectivo Sector, la que deberá ser publicada en el Diario Oficial El Peruano con anterioridad al viaje, con excepción de las autorizaciones de viajes que no impliquen gastos al Estado;

Que, el Decreto de Urgencia N° 015-2004 dispone que los viajes al exterior que impliquen gasto al Tesoro Público, de funcionarios, señorías públicas o representantes del Poder Ejecutivo, a que se refieren el primer y segundo párrafo del artículo 1º de la Ley N° 27619, quedan prohibidos por el ejercicio fiscal 2005, prohibición que no es aplicable a los sectores Relaciones Exteriores y Comercio Exterior y Turismo, así como la Dirección de Aeronáutica Civil del Ministerio de Transportes y Comunicaciones, en cuyos casos los viajes serán autorizados a través de resolución del Titular del Pliego respectivo, la misma que deberá ser publicada en el Diario Oficial El Peruano antes del inicio de la comisión de servicios;

Que, la Ley N° 27281 - Ley de Aeronáutica Civil del Perú, establece que la Autoridad Aeronáutica Civil es ejercida por la Dirección General de Aeronáutica Civil como dependencia especializada del Ministerio de Transportes y Comunicaciones;

Que, la Dirección General de Aeronáutica Civil, a fin de cumplir con los estándares aeronáuticos internacionales establecidos en el Convenio de Chicago sobre Aviación Civil y poder mantener la calificación de Categoría - I otorgada al Perú por la Organización de Aviación Civil Internacional, debe mantener un programa anual de vigilancia sobre la seguridad operacional a través de la ejecución de inspecciones técnicas a los explotadores aéreos en el país, basado en las disposiciones establecidas en el citado Convenio y en los estándares de la Organización de Aviación Civil Internacional;

Que, la empresa Wayra Perú S.A.C. con Cartas Cert054.05 Ops y Cert055.05 Ops, del 6 de octubre de 2005, en el marco del Procedimiento N° 5 de la sección correspondiente a la Dirección General de Aeronáutica Civil (Evaluación de Personal), establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos del Ministerio de Transportes y Comunicaciones, aprobado por Decreto Supremo N° 098-2002-MTC, solicita a la Dirección General de Aeronáutica Civil, efectuar los chequeos técnicos en

ANEXO 5B

Decreto Supremo 028-2016-SA. Decreto Supremo que modifica el Anexo del Decreto Supremo 021-2005-SA

El Peruano / Miércoles 27 de julio de 2016

NORMAS LEGALES

5905097

como en los artículos 9º, inciso 1), y 12º de la Convención de Viena sobre Relaciones Consulares:

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Elevar la categoría a la Agencia Consular de Italia en Chacas, Ancash, a Consulado.

Artículo 2º.- Modificar la circunscripción del Consulado de Italia en Chacas, Ancash, que comprenderá en lo sucesivo los departamentos de Ancash, Huánuco y Ucayali.

Artículo 3º.- Reconocer al señor Abele Capponi, como Cónsul de Italia en Chacas, Ancash, con jurisdicción en la circunscripción de los departamentos de Ancash, Huánuco y Ucayali.

Artículo 4º.- Extender el Exequatur correspondiente.

Artículo 5º.- La presente Resolución será refrendada por la Ministra de Relaciones Exteriores.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

OLLANTA HUMALA TASSO
Presidente de la República

ANA MARÍA SÁNCHEZ DE RÍOS
Ministra de Relaciones Exteriores

1499580-14

SAÚDE

Decreto Supremo que modifica el Anexo del Decreto Supremo N° 021-2005-SA, que aprueba la creación del Sistema Nacional de Articulación de Docencia - Servicio e Investigación en Pregrado de Salud

DECRETO SUPREMO
N° 028-2016-SA

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, la Constitución Política del Perú en su artículo 9 establece que el Estado determina la Política Nacional de Salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación, siendo responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, en su Título Preliminar, numeral XV, señala que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud, así como la formación, capacitación y entrenamiento de recursos humanos para el cuidado de la salud, asimismo, en su artículo 123 menciona que la autoridad de salud a nivel nacional es la máxima autoridad normativa en materia de salud.

Que, el Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, en su artículo 4 establece la calidad de organismo rector del Sector Salud del Ministerio de Salud; asimismo, en su artículo 3 menciona como parte de su ámbito de competencias de rectoría sectorial, a los recursos humanos en salud.

Que, la Ley N° 30220, Ley Universitaria, en su artículo 3, establece que la universidad brinda una formación humanista, científica y tecnológica con una clara conciencia de nuestro país como realidad multicultural; adopta el concepto de educación como derecho fundamental y servicio público esencial. Asimismo, su artículo 6 menciona como una de los fines de la universidad, el formar profesionales de alta calidad de manera íntegra y con pleno sentido de responsabilidad social de acuerdo a las necesidades del país.

Que, de acuerdo a los Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud, el Estado debe promover la formación, asignación y supervisión de la calidad de los recursos humanos en salud para que respondan a la atención de los problemas de salud de la población, por lo que es necesario se efectúen mejoras en los procesos de articulación entre las instituciones formadoras y prestadoras de servicios de salud, humanista, en el marco del ejercicio de la autonomía universitaria y el pleno respeto a los derechos fundamentales de la persona humana.

Que, el Decreto Supremo N° 021-2005-SA, que aprueba la creación del Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud, en el artículo 15 de su anexo señala que las Normas del Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud serán sometidas a revisión cada cuatro años.

Que, en dicho contexto, el Ministerio de Salud, ha sustentado la necesidad de modificar los artículos 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14 y Disposiciones Complementarias, así como incorporar la Tercera Disposición Complementaria al anexo del Decreto Supremo N° 021-2005-SA, que aprueba la creación del Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud, a fin de promover la articulación de docencia, servicio e investigación en la formación de los profesionales de Ciencias de la Salud, de acuerdo a las necesidades de la población y en el marco de las políticas nacionales de salud.

Que, en atención a lo señalado en los considerandos precedentes, resulta necesario disponer la modificación del anexo del Decreto Supremo N° 021-2005-SA, que aprueba la creación del Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud.

De conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 118 de la Constitución Política del Perú, el numeral 3 del artículo 11 de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud:

DECRETA:

Artículo 1.- Modificación de los artículos 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14 del anexo del Decreto Supremo N° 021-2005-SA.

Modifíquese los artículos 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14 del anexo del Decreto Supremo N° 021-2005-SA, que aprueba la creación del Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud, los cuales quedan redactados en los siguientes términos:

"Artículo 1º.- El Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud (SINAPRES) es la instancia de articulación entre las instituciones formadoras de profesionales de la salud, las sedes docentes y sus ámbitos geográfico-sanitarios, en el marco de las políticas y planes de los Sectores Salud y Educación. Estas funciones se desarrollarán con pleno respeto a la autonomía universitaria. Lo dispuesto en la presente norma es referencial para las demás instituciones públicas y privadas que conforman el Sector Salud."

"Artículo 4º.- Base Legal del Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud:

- a) Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- b) Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- c) Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- d) Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- e) Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- f) Ley N° 30220, Ley Universitaria.
- g) Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- h) Decreto Legislativo N° 1167, que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- i) Decreto Supremo N° 007-2016-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

596098

NORMAS LEGALES

Miércoles 27 de julio de 2016 /  El Peruano

j) Resolución Ministerial N° 573-2003-SADM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de las Direcciones de Salud y de las Direcciones de Redes de Salud, y modificatoria.

k) Resolución Ministerial N° 456-2007-MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

l) Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad.

m) Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP V.03 "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".

n) Resolución Ministerial N° 076-2014/MINSA, aprueban la "Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud".

"Artículo 5°.- Son Definiciones Operacionales para efectos del presente documento:

(...)

c) **Prácticas Preprofesionales:** desarrollo de competencias por estudiantes de pregrado en los campos clínicos, socio-sanitarios y de gestión en las Sedes Docentes autorizadas por el Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud, y ejecutadas bajo estricta tutoría de la universidad.

(...)

e) **Prestaciones de Salud:** acciones sanitarias de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, desarrolladas tanto intramural como extramuralmente, y acciones de gestión, realizadas en un ámbito geográfico-sanitario determinado.

(...)

h) **Ámbito Geográfico-Sanitario:** espacio delimitado considerando la organización político-administrativa y la organización de la atención de salud, y que considera aspectos culturales y sociales en una región determinada.

Para efectos de la programación en el Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud, incluye a las Sedes Docentes, así como a las comunidades de la jurisdicción correspondiente.

g) **Sede Docente:** Se considera sede docente a las siguientes:

- Institución para el campo de gestión: Ministerio de Salud, sus organismos públicos y órganos desconcentrados, así como las unidades ejecutoras de salud de los gobiernos regionales.

- Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (IPRESS) del Instituto de Gestión de Servicios de Salud y de las unidades ejecutoras de salud de los gobiernos regionales.

Las sedes docentes son autorizadas por el Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud, para lo cual deben cumplir con los criterios para la docencia universitaria de acuerdo a estándares aprobados por el Comité Nacional de Pregrado de Salud.

(...)

k) **Campo de Gestión:** espacio para actividades de gestión en una Sede Docente, para el desarrollo de experiencias de aprendizaje que contribuyan al logro de las competencias de un estudiante.

"Artículo 6°.- Integran el Sistema Nacional de Articulación de Docencia - Servicio e Investigación en Pregrado de Salud las siguientes instituciones:

(...)

b) Sedes Docentes que tengan convenio con la Universidad.

(...)

"Artículo 7°.- El Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud está organizado en:

a) El Comité Nacional de Pregrado de Salud.

b) Los Comités Regionales de Pregrado de Salud

c) La Secretaría Ejecutiva

d) Los Subcomités de Sede Docente."

"Artículo 8°.- El Comité Nacional de Pregrado de Salud es la máxima instancia del Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud, y está integrado por:

a) El Director General de la Dirección General de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud.

b) Un representante del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud (DVM-PAS).

c) Un representante del Despacho Viceministerial de Salud Pública (DVM-SP).

(...)

e) Un representante del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS).

(...)

"Artículo 9°.- El Comité Nacional de Pregrado de Salud será presidido en forma alternada, durante un año, por:

a) El Director General de la Dirección General de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud.

(...)

"Artículo 10°.- Los Comités Regionales de Pregrado de Salud estarán integrados por:

(...)

Las universidades que no tienen sede central en el ámbito regional no serán parte del COREPRES correspondiente, aunque sus representantes podrán participar con voz, pero sin voto.

El número de representantes de las universidades será igual al número de representantes de las instituciones prestadoras (incluyendo al Gobierno Regional), para lo cual se incrementará los representantes de estas instituciones, según sea necesario.

"Artículo 11°.- Son funciones de la Presidencia del Comité Nacional de Pregrado de Salud:

a) Representar al SINAPRES.

b) Ser el vocero oficial del CONAPRES, salvo delegación o autorización expresa a alguno de sus miembros.

c) Convocar y dirigir las sesiones del CONAPRES.

d) Por delegación del CONAPRES, establecer relaciones de colaboración recíproca con las organizaciones internacionales, nacionales y regionales de similar naturaleza, e instituciones de cooperación técnica y financiera.

e) Suscribir convenios aprobados por el CONAPRES.

f) Suscribir las actas de las sesiones, junto a todos los integrantes del CONAPRES que hayan participado en dichas sesiones.

g) Suscribir los documentos oficiales y actos resolutivos que emita el CONAPRES."

"Artículo 12°.- Son funciones del Comité Nacional de Pregrado de Salud:

(...)

e) Aprobar las normas y procedimientos para la definición de ámbitos geográfico-sanitarios y número y distribución de campos clínicos, socio-sanitarios y de gestión, y otros requeridos para el logro de los objetivos del Sistema.

f) Establecer normas, estándares y procedimientos para la evaluación y autorización de Sedes Docentes.

g) Establecer los criterios para la determinación del número de campos clínicos, socio-sanitarios y de gestión, de acuerdo a las necesidades del país así como la capacidad de las Sedes Docentes.

h) Regular las prácticas preprofesionales y las rotaciones en las Sedes Docentes, incluyendo a los alumnos que provienen del extranjero.

[...]

o) Emitir los lineamientos para la gestión de los convenios de cooperación de docencia-servicio y emitir opinión favorable cuando corresponda, en el contexto de la delimitación de los ámbitos geográficos sanitarios.

p) Dictar las directrices del Internado de Ciencias de la Salud.

"Artículo 14". Son funciones de los Comités Regionales de Pregrado de Salud:

[...]

f) Determinar el número de campos clínicos, sociosanitarios y de gestión de acuerdo a los criterios establecidos por el Comité Nacional, realizando la distribución correspondiente entre las Facultades y Escuelas de Ciencias de la Salud.

g) Ejecutar el proceso de autorización de las instituciones públicas y/o establecimientos de salud como Sedes Docentes, conforme al marco normativo nacional del Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud, determinando el número máximo de alumnos e internos de las diversas profesiones de la salud que pueden ser recibidos en cada servicio de salud, número que debe estar de acuerdo a su capacidad instalada, recursos y disponibilidad presupuestal.

h) Constituir en cada ámbito, los Subcomités y Comisiones que sean necesarios para su adecuado funcionamiento, supervisión y evaluando las acciones conjuntas de docencia-servicio que realicen el Ministerio de Salud, los Gobiernos Regionales y la Universidad.

[...]

i) Regular las prácticas preprofesionales y las rotaciones de pregrado en las Sedes Docentes, conforme a lo establecido por el Comité Nacional de Pregrado de Salud.

k) Emitir la opinión favorable para los convenios específicos en su ámbito conforme a lo establecido por el Comité Nacional de Pregrado de Salud.

l) Hacer cumplir el marco normativo de la gestión de la investigación conforme a lo establecido por el Comité Nacional de Pregrado de Salud.

m) Hacer cumplir las directrices del Internado de Ciencias de la Salud, conforme a lo establecido por el Comité Nacional de Pregrado de Salud."

Artículo 2.- Modificación de las Disposiciones Complementarias del anexo del Decreto Supremo N° 021-2005-SA.

Modifíquese el numeral iii. del literal d. de la Primera Disposición Complementaria y modifíquese la Segunda Disposición Complementaria del anexo del Decreto Supremo N° 021-2005-SA, que aprueba la creación del Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud, las cuales quedan redactadas en los siguientes términos:

"Primera.- Para efectos de lo establecido en los artículos 13", incisos e) y g) y 14" incisos e) y f), los Comités deberán tener en cuenta las siguientes consideraciones.

[...]

d. Considerar para la distribución de los campos clínicos y la delimitación de ámbitos geográficos-sanitarios, los siguientes criterios en forma integral.

[...]

iii. Presencia de docentes, en condición de Profesor Ordinario, Extraordinario o Contratado, conforme a lo dispuesto en la Ley N° 30220, Ley Universitaria, a fin que desarrollen actividades de formación en la Sede Docente.

[...]

"Segunda.- A través del Reglamento Interno del Comité Nacional de Pregrado de Salud se conformarán los Subcomités establecidos en el artículo 13", inciso g) "

Artículo 3.- Incorporación de la Tercera Disposición Complementaria al anexo del Decreto Supremo N° 021-2005-SA.

Incorpórese la Tercera Disposición Complementaria al anexo del Decreto Supremo N° 021-2005-SA, que aprueba la creación del Sistema Nacional de Articulación

de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud, la misma que queda redactada de la siguiente manera:

"Tercera.- El Comité Nacional de Pregrado de Salud - CONAPRES propone el Reglamento del Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud, el cual será aprobado mediante Resolución Ministerial en el plazo de 60 días hábiles, contados desde la entrada en vigencia de la presente disposición.

Asimismo, el CONAPRES aprueba mediante acto resolutorio su Reglamento Interno dentro del plazo de 30 días hábiles contados desde la entrada en vigencia del Reglamento del Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud a que se refiere el párrafo precedente.

Sobre la base del Reglamento Interno del Comité Nacional de Pregrado de Salud - CONAPRES, los Comités Regionales de Pregrado de Salud propondrán la adecuación e implementación de sus respectivos Reglamentos, los cuales son aprobados mediante acto resolutorio del CONAPRES."

Artículo 4.- Publicación

Publíquese el presente Decreto Supremo en el Diario Oficial "El Peruano" y en el Portal Institucional del Ministerio de Salud (www.minsa.gob.pe).

Artículo 5.- Retiro

El presente Decreto Supremo será reafirmado por el Ministro de Salud.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA DEROGATORIA

Única.- Derogación

Deróguese y/o déjese sin efecto las disposiciones que se opongan a lo dispuesto en la presente norma.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los veintiseis días del mes de julio del año dos mil dieciséis.

OLANTA HUMALA TASSO
Presidente de la República

ANÍBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA
Ministro de Salud

1409577-11

Reglamento de la Ley N° 30423, Ley que establece las medidas para fortalecer la autoridad de salud a nivel nacional, con el fin de garantizar la prevención, control de riesgos y enfermedades de la población

DECRETO SUPLENTO
N° 029-2016-SA

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, los artículos 7 y 9 de la Constitución Política del Perú establecen que todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. De la misma manera, el Estado determina la política nacional de salud y que el Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación siendo responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizada para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud;

Que, los numerales i y ii del Título Preliminar de la Ley N° 26642, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.

ANEXO 6

Resolución de Consejo Directivo de OPS que invoca el apoyo ante la crisis de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

13° CONSEJO DIRECTIVO
13a SESION DEL COMITE REGIONAL

Washington, D.C., 3 al 13 de Octubre de 1961

RESOLUCION

CD13.R4

APOYO A LAS FACULTADES DE MEDICINA DEL PERÚ

EL 13° CONSEJO DIRECTIVO

Teniendo en cuenta la petición que oficialmente le ha formulado el Representante del Perú para que la Organización Panamericana de la Salud coopere con el Gobierno de dicho país en la solución de los actuales problemas técnicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos;

Teniendo en cuenta que el Consejo Directivo ha aprobado, por su Resolución II, el Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1962; y

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos de la Organización es el mejoramiento de la educación y adiestramiento médicos,

RESUELVE

1. Invitar a los Gobiernos Miembros a que estudien la posibilidad de prestar a la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos, de Lima, el mayor apoyo moral y material que esté a su alcance.
2. Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que, sin perjuicio de los programas aprobados para 1962, utilice aquellos fondos del presupuesto ordinario de que pueda disponer, así como cualesquiera otros recursos que con carácter extraordinario pueda conseguir, para prestar la máxima cooperación a la solución de los actuales problemas técnicos de la citada Facultad y que, si fuere necesario, incluya en el programa general de la Organización para 1963 un proyecto específico para la misma.
3. Recomendar al Director que, a solicitud del Gobierno y dentro de los límites de los recursos de la Organización, se preste un apoyo similar a las demás Facultades de Medicina del Perú.

Oct. 1961 DO 41, 29

ISBN: 978-612-47640-1-1



9 786124 764011



**Asociación Peruana de Facultades
de Medicina - ASPEFAM**

**Jirón Trujillo 460 - Magdalena del Mar
Lima - Perú
Telf: (511) 462-7068**

www.aspefam.org.pe