

CRISIS EN LA FORMACION DEL MEDICO EN EL AREA MATERNO INFANTIL

Dr. Luis Távora Orozco (*)

INTRODUCCION.—

Es grato para quienes ejercemos la docencia universitaria a nivel de Pre-Grado y en la formación de futuros especialistas, realizar un alto en el camino y conjuntamente participar en una reflexión acerca de lo que está ocurriendo con la formación de nuestros recursos humanos.

Hace casi tres décadas que se viene hablando en los ambientes académicos del Perú de la necesidad de "formar el médico que el país necesita". En ese sentido las Facultades o Programas Académicos de Medicina y especialmente la Asociación Peruana de Facultades de Medicina han efectuado diversas convocatorias locales y nacionales con el propósito de acercarse a aquella imagen-objetivo^{1,18}.

Durante los eventos realizados se han precisado el qué y el cómo proceder pero creemos que hasta ahora no se han dado los pasos definitivos

El Perú, como integrante de la Asamblea Mundial de la Salud es signatario del compromiso de la OMS de lograr Salud para todos en el año 2000, situación esta que coloca al país ante la alternativa no sólo de cambiar sus modelos de salud, sino que además lo obliga a cambiar sus planes y programas en la formación de sus recursos humanos en salud^{19,20}.

Dentro de este contexto hemos querido examinar lo que viene ocurriendo con la formación del futuro médico dentro de las Facultades de Medicina del Perú y luego plantear algunos pasos en el diseño curricular.

MARCO DE REFERENCIA.—

Como el Médico o el futuro médico ejercerá dentro de un entorno económico y social es necesario hacer un examen de esta situación.

REALIDAD SOCIO-DEMOGRAFICA.— De acuerdo a estimaciones y con un ritmo anual de crecimiento del 2.5%, la población del Perú alcanzará los 28 millones de habitantes en el año 2000. La evolución de los distintos indicadores de salud muestran que la tasa de crecimiento se ha mantenido prácticamente igual en los últimos 20 años. Sin embargo, la tasa de natalidad y la tasa de mortalidad general continúan descendiendo paulatinamente hasta llegar a 34.3 por mil y 9.2 por mil respectivamente en la actualidad. La fecundidad, medida por el promedio de hijos de una mujer al término de su período fértil, (tasa global de fecundidad) ha ido descendiendo de 6.98 a 4.39 hijos por mujer. Las diferencias entre el área urbana y rural son importantes, ya que mientras en el área urbana la TGF es algo más de 3, en el área rural es mayor de 6 y se mantiene el mismo patrón reproductivo de años atrás^{21,25}. Ver cuadro 1.

Cuadro 1.— PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DEL PERU.

Población total del país (1988)	21'255,900
Extensión territorial	1'285,216 km ²
Población urbana	68.0%
Población rural	32.0%
Población de menores de 15 años	39.69%
Población menor de 1 año	670,000
Población de 0-4 años	3'199,000
Población de 5-14 años	5'395,000
Mujeres en edad fértil 15-49 años	24.1%
Tasa de natalidad por mil habitantes	34.3
habitantes	9.2
Tasa de crecimiento vegetativo por 100 habitantes	2.51
Tasa global de fecundidad	4.39
Esperanza de vida al nacer (en años)	61.4
Tasa de mortalidad infantil por mil n. v.	88.2
Tasa de mortalidad materna por 10,000 n. v.	30.3
Número de habitantes por médico	1,021
Número de habitantes por enfermera	2,170
Número de habitantes por Obstetiz	7,068
Número de habitantes por cama hosp.	671
Porcentaje de atención prenatal profesional	54.5%
Atención del parto institucional (M. de S. e IPSS)	42.9%

Fuente: Ref. 21, 22, 23, 24, 25.

(*) Profesor Principal de Gineco-Obstetricia, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional "Federico Villarreal".

En relación al acceso de la población a los servicios de salud, es importante resaltar que gran parte de los sectores sociales continúan sin tener acceso real al servicio. Existe una pequeña fracción de la población con altos niveles de ingresos que tienen acceso a todas las posibilidades de atención privada. Un segundo grupo, más importante en número que el anterior, constituido por trabajadores urbanos y rurales, medianos y pequeños empresarios alcanzan un nivel intermedio de acceso a los servicios, especialmente de la Seguridad Social y eventualmente con pago directo al sector privado. Un tercer grupo, mayoritario, del sector informal y marginados que sólo tienen acceso a los servicios que presta directamente el Ministerio de Salud. Finalmente existe un último grupo que aún no tiene acceso a ningún servicio, por limitaciones geográficas, económicas o culturales.

De otro lado, en la población peruana se dan simultáneamente tres grandes grupos de problemas de salud: Un primer grupo constituido por enfermedades infecciosas, parasitarias y desnutrición, que responden mejor a medidas de salud pública, saneamiento ambiental, vacunaciones y mejor nutrición. Un segundo grupo constituido por enfermedades cardiovasculares, degenerativas, cáncer, diabetes, para las cuales está indicado el modelo de atención individual. Y un tercer grupo vinculado a la violencia, accidentes, drogadicción, desnutrición y del medio ambiente^{26 27}.

SITUACION DE LA SALUD MATERNO INFANTIL.—

La salud de la madre y el niño representa un problema importante en el país. Ello se evidencia en los múltiples eventos patrocinados por las más diversas instituciones, y por los programas de salud que priorizan su atención.

Se calcula que la proporción de gestantes en el Perú representa el 4.75% de la población general y que el número de nacimientos supera los 725,000 al año^{21 22 23}. Los estudios de mortalidad materna a nivel nacional proporcionan una tasa proyectada a 1987 del orden de 303 por 100,000 nacidos vivos²⁸. En 1988 se publicó el estudio de mortalidad materna y perinatal en los hospitales del Perú que arroja una tasa de 165

muerres maternas por 100,000 n. v. y una *tasa de mortalidad perinatal de 19.1 por 1000 n. v.* La muerte materna se asocian más frecuentemente a hemorragias, aborto, infección y toxemia. La muerte perinatal se asocia más frecuentemente a problemas inherentes a la atención del parto y ocurre predominantemente en niños de bajo peso²⁹.

Los estudios sobre mortalidad infantil nos muestran una tasa nacional a 1987 del orden de 88.2 por 1000 n. v. Las causas de estas muertes se asocian más frecuentemente a infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, problemas perinatales, enfermedades inmunoprevenibles y desnutrición^{30 31}. Conforme las medidas de Salud Pública y Medicina Preventiva van reduciendo la mortalidad por infección respiratoria, diarreica y enfermedades inmunoprevenibles, las causas perinatales se van tornando insensiblemente como las más importantes de la mortalidad infantil y pasan a ocupar el primer lugar, en la misma forma que vienen ocurriendo en la mayoría de países de América Latina³¹.

Para atender una cifra cercana a 1 millón de embarazos, con más de 725,000 partos al año, el país dispone de unas 4,000 camas obstétricas. El control prenatal en estas mujeres es del orden del 61.5%, siendo de nivel profesional tan sólo el 54.6%. Del total de partos, la atención institucional no alcanza al 50%, debiendo muchas madres dar a luz en su domicilio, atendidas por personas no capacitadas^{22 23}.

A pesar de los escasos recursos materiales con que se cuenta para la atención materna y perinatal en el país, persiste aún el bajo rendimiento de los equipos e instalaciones, la falta de coordinación entre los distintos niveles de atención, la escasa capacidad resolutive del nivel primario y las exigencias del personal de salud de disponer de una excesiva inversión en tecnología y equipamiento de alta complejidad. Estos problemas estructurales sumados a la crisis económica han hecho difícil su solución y han determinado que amplios sectores de la población peruana se mantengan al margen de los servicios de salud³⁴.

CONCEPCION DE SALUD.— Desde hace varias décadas la Organización Mundial de la Salud definió la SALUD no como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar físico, mental y social. Pero... ¿nos hemos preguntado que es bienestar?... Intentamos definir esta expresión como un estado de equilibrio entre las necesidades del hombre y los recursos de bienes y servicios que tiene a su alcance para satisfacerlas. De allí entonces que la salud es la resultante de una permanente interrelación entre los factores económicos, políticos, patrones nutricionales y culturales, niveles de educación, variables demográficas, condiciones de vivienda y saneamiento ambiental, todos los cuales interactúan dando un producto final que es la situación de salud, con los consiguientes riesgos de enfermedad y muerte. En resumen, el proceso dinámico salud-enfermedad es un problema económico-social y no puramente biológico^{26,28}.

POLITICA NACIONAL DE SALUD.— Debemos reconocer que la situación de salud en el Perú es insatisfactoria. Está caracterizada por altas tasas de natalidad, baja expectativa de vida al nacer, elevado crecimiento vegetativo de la población, altas tasas de mortalidad infantil y materna y elevados índices de morbimortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias. Existe alta prevalencia de desnutrición de menores de 6 años, déficit de abastecimiento de agua y alcantarillado y en el sistema de servicios de salud persisten múltiples instituciones con desigual implementación, diferencias en la calidad de cobertura, acceso y oportunidad en la atención³⁰.

Siendo atendida la salud como la resultante de una interrelación de diversos factores económico-sociales y biológicos, en 1985 se promulgó el D.L. 351 en donde se establecen siete lineamientos de política de salud, que en la actualidad entendemos pueden ser perfeccionadas. Dentro de esa Ley se establecen prioridades de atención a los grupos más deprimidos y al grupo poblacional madre-niño³⁵.

LA FORMACION DE MEDICOS EN EL PERU.—

Hemos querido presentar la revisión ante-

rior porque creemos que la salud debe tener un enfoque multisistémico, situarse dentro del verdadero contexto que le corresponde y apartarse de la concepción tradicional meramente biológica.

Decíamos en una exposición anterior en la ciudad de Roma, que el panorama de enfermedad y muerte que se comprueba en el Perú, debido más a una patología social que biológica, y a niveles de extrema pobreza que sufren grandes grupos de población, se acompaña de una contradictoria situación de médicos especialistas, muchos de ellos frustrados en busca de empleo y de enfermos sin médico que los atiendan. Nuestras Universidades forman médicos ajenos a su propia realidad, con abundancia de conocimientos científicos sobre la variada patología universal, pero que ignoran las formas más sencillas de contribuir a mitigar el hambre de los pueblos o a evitar la patología predominante como consecuencia de la precaria calidad de vida que soporta la mayoría de los habitantes del país. Dentro de esta realidad, de un lado tenemos médicos desempleados, especializados en las más complicadas patologías, concentrados en las grandes ciudades, reclamando instalaciones costosas para el ejercicio de su profesión, y de otro lado tenemos enfermos de patologías simples pero mortales, abandonados en las zonas rurales y urbano marginales sin médicos para atenderlos²⁶.

Cuando planteamos un cambio de la medicina academicista, elitista, por otra de contenido distinto, dentro de un verdadero contexto social, aludimos a una realidad concreta y tratamos de buscar nuevas estrategias en defensa de la salud, que van más allá de la simple atención curativa o aún preventiva de la enfermedad. Nos resistimos a aceptar que en un mundo que domina el espacio interplanetario, cuando miles de millones de dólares se invierten para competir por el poder en las galaxias, la mayoría de nuestra población tenga que resignarse a ver morir a sus niños de enfermedades diarreicas, de infecciones respiratorias agudas o de afecciones prevenibles por vacunas con el doloroso común denominador de la desnutrición que convierte en graves las patologías más simples. Nos resulta igualmente inaceptable que la más noble función de la mu-

jer, la maternidad, se cierna como un peligroso riesgo de morir en muchos hogares humildes.

Felizmente, y a pesar de la inercia académica que todavía es hegemónica en parte de nuestras universidades, se está desarrollando una conciencia cada vez más clara de la realidad que estamos viviendo. A nivel nacional e internacional, grupos selectos de profesionales están planteando la necesidad de cambios profundos en defensa de la salud colectiva. Estos cambios no se limitan al estrecho campo de la atención de la enfermedad, sino que rebasando los muros de los hospitales, centros y puestos de salud, ingresan en el campo social para plantear cambios en la distribución desigual del ingreso, en los modos de producción y también cambios en la mentalidad médica. Este prometedor despertar y el esclarecimiento de las conciencias debe generar una esperanzadora movilización social que nos podrá encaminar a lograr la meta de Salud para todos en el año 2000, establecida por consenso mundial y deje entonces de ser una utopía para convertirse en realidad^{9 10 12 26}.

Durante los años 1985 y 1986 la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) llevó a cabo la autoevaluación (análisis prospectivo) de las Facultades de Medicina del Perú y aplicando un valioso instrumento, los profesores y estudiantes realizaron un diagnóstico de su propia institución. El instrumento al que hacemos alusión consta de 4 características: contexto, estructura, función e integralidad. A través del contexto se examinó el aspecto externo, el entorno del sistema estudiado. A través de la estructura se examinó la forma interna del sistema y la interrelación de todos sus componentes. A través de la función se examinó la actividad de los componentes dentro de la estructura, concordados en el tiempo y en el espacio. A través de la integralidad se examinó con enfoque sistémico el funcionamiento y el desarrollo del sistema. Esta forma novedosa de examinar nuestras instituciones formadoras de recursos humanos en salud y desarrollada por OPS/OMS, ha permitido obtener a través de un puntaje, el perfil consolidado de la evaluación de las Facultades de Medicina del Perú^{18 36}. En el cuadro y gráfico adjuntos se puede apreciar que nuestras Facul-

tades de Medicina están aún lejos de alcanzar el desarrollo óptimo en la formación de sus profesionales.

NECESIDAD DE UNA REFORMULACION CURRICULAR.—

Durante las dos últimas décadas han ocurrido en el Perú cambios políticos, sociales y económicos y se han producido cambios legales en la educación básica y superior; lo cual incide lógicamente sobre las necesidades de una orientación diferente en el proceso enseñanza-aprendizaje³⁷.

La prestación de los servicios de salud a la comunidad se han transformado también en las últimas décadas. La atención ha dejado de estar a cargo exclusivo de médicos y otros profesionales orientados hacia el individuo, para asumir actividades a cargo de personal diversificado y orientado a la comunidad. Esta forma de producción de servicios de salud requiere de recursos humanos que tengan una visión integral del hombre y de los problemas de salud individual, familiar y comunitario. Para ello se requiere la planificación en la formación de recursos humanos, efectuar cambios importantes en el proceso de enseñanza-aprendizaje y la realización de investigaciones de nuevos modelos educativos. Esta nueva forma de enfocar la educación se convierte así en una inversión productiva y en un instrumento de desarrollo económico y social³⁸.

Henry Sigerist³⁹ afirmaba ya en 1936 que no se debe olvidar que la Medicina . . . "después de todo es una ciencia social, ya que la tarea del Médico es mantener a su prójimo socialmente adaptado y readaptado según sea el caso . . . ¿Qué haremos entonces? . . . Mi respuesta es, estudiar historia, economía política y sociología . . . Sé que vuestro tiempo es limitado y que el currículum médico es absorbente, pero sé que para actuar inteligentemente se necesita conocimientos de las ciencias sociales, no para convertirse en expertos, sino para conocer el medio en que se vive . . . La medicina es un servicio vendido por el médico y comprado por el enfermo, tiene pues un definido concepto económico . . . ¿Cómo dis-

cutir estos hechos sin conocimientos de Economía Política? . . .

Con estas consideraciones previas podemos anotar que la elaboración de una estructura curricular médica y su programación debe ajustarse a los pasos expuestos en la figura 2^{38,40}, puesto que frecuentemente se confunde el concepto de diseño curricular con el de diseño del Plan de Estudios, cuando sabemos que este último es la resultante natural de todo el proceso.

La elaboración del curriculum parte del conocimiento cabal de la realidad del país, expresado a través de sus necesidades de salud, de las políticas, de la legislación en salud y de la estructura del sistema de salud. Según sean las necesidades se diseña entonces las acciones y funciones que deberá tener el futuro médico dentro de la sociedad; esto representa el perfil profesional que es un supuesto teórico de las características que tendrá el profesional. Este perfil se va logrando por etapas, constituídas por los objetivos terminales, cuya coherencia debe estar garantizada en la esfera cognoscitiva para asegurar habilidades y destrezas y en esfera afectiva para asegurar desarrollo de actitudes. Quere-

mos enfatizar este último grupo de objetivos, porque a nuestro juicio, la actitud del profesional es tal vez la esfera más importante, que lo pone en disposición de entender su profesión como una actividad de servicio y de la necesidad que tiene de los componentes intelectivos y psicomotrices. Los objetivos terminales se podrán cumplir a través de contenidos que aseguren la cobertura en ciencias básicas y ciencias sociales, estudios de la comunidad del individuo y de su medio, estudios de la madre, el niño y la familia y salud del adulto. Los contenidos dentro de la carrera profesional se asegurarán a través de estrategias convenientes, tomando como base la enseñanza-aprendizaje en servicio, que mantenga la activa participación del estudiante y el desarrollo de su autoformación. Será necesario además aprovechar todos los establecimientos del sistema de salud y la propia comunidad, con activa participación en acciones de investigación como parte del proceso formativo. Los contenidos se traducen finalmente en un Plan de Estudios. A estas alturas diremos que las necesidades de salud del país obligan a orientar el curriculum y el plan de estudios a través de ejes integradores en donde la salud de la madre y del niño y la salud pública ocupen lugar destacado^{37 38 40 41 42}.

B I B L I O G R A F I A

1. ASPEFAM.— Primer Seminario Nacional sobre Educación Médica: "Requisitos mínimos para una Escuela de Medicina". Paracas, Julio 1964.
2. ASPEFAM.— Segundo Seminario Nacional de Educación Médica. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa. Julio 1965.
3. ASPEFAM.— Proyecto de organización de Centros de Formación de Ciencias Básicas. Lima, Perú 1967.
4. ASPEFAM.— Cuarto Seminario Nacional de Educación Médica. Huampaní. Lima, Marzo 1968.
5. ASPEFAM.— Primer Seminario sobre Evaluación de la Enseñanza de la Demografía en los Programas Académicos de Medicina Humana. Lima, Setiembre 1973.
6. ASPEFAM.— Taller de Educación Médica sobre Fisiología de la Reproducción y Planificación Familiar. Lima, Marzo 1977.
7. ASPEFAM.— Seminario Taller sobre Diseño Curricular en aspectos de Población y Planificación Familiar. Lima, Octubre 1977.
8. ASPEFAM.— Seminario Taller sobre Reestructuración de los curriculares de los Programas Académicos de Medicina Humana. Lima, Noviembre 1977.
9. ASPEFAM.— Seminario - Taller sobre Enseñanza de Población en los Programas Académicos de Medicina Humana. Paracas, Mayo 1978.
10. Programa Académico de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional "Federico Villarreal". Primer Seminario-Taller sobre Rediseño Curricular. Chacacayo, Febrero 1979.
11. ASPEFAM.— Seminario sobre Requisitos mínimos para los Programas Académicos de Medicina Humana. Hotel El Pueblo, Santa Clara. Lima, Setiembre 1980.
12. ASPEFAM.— Seminario-Taller sobre la Formación del Médico General o Familiar. Lima, Mayo 1981.
13. ASPEFAM.— Seminario - Taller sobre Internado. Lima, Febrero 1982.
14. ASPEFAM.— Seminario-Taller sobre Perfil Profesional del Médico en el Perú. Lima, Junio 1983.

15. ASPEFAM.— Seminario de Evaluación del Residentado Médico en el Perú. Cieneguilla. Lima, Setiembre 1985.
16. ASPEFAM.— Proyecto de curriculum para la enseñanza de la Medicina en las Universidades del Perú. 1977.
17. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional "Federico Villarreal", Segundo Seminario-Taller sobre Reorientación curricular. Informe Final. Huampaní. Lima, Febrero 1987.
18. ASPEFAM.— Autoevaluación (análisis prospectivo) de las Facultades de Medicina del Perú, 1985-1986.
19. Campos Rey de Castro J. La reforma del curricular para alcanzar la meta salud para todos en el año 2000. Acta Médica Peruana, 12 : 3 84-87, Set. 1985.
20. OPS/OMS. Salud para todos en el año 2000. Estrategia. Documento Oficial N° 173. Washington D. C., 1982.
21. Ministerio de Salud. Programas nacionales de atención materno infantil. Lima, Perú 1989.
22. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES 1986). Informe Final. Lima, Perú 1988.
23. Ministerio de Salud. Dirección Técnica de Planificación Sectorial. Perú: Indicadores de Salud 1989.
24. Ministerio de Salud. Dirección Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos. Lima, Perú 1987.
25. Instituto Nacional de Estadística. Boletín Demográfico N° 25, 1988.
26. Távora L. Incontro per una nuova solidarietà médica internazionale per l'infanzia e la famiglia. UNICEF, Comitato italiano. Roma, Italia, Dic. 1988.
27. OPS/OMS. El desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Washington D. C., 1989.
28. Ministerio de Salud. Dirección Técnica de Planificación Sectorial. Plan de desarrollo del sector salud. Lima, Perú 1988.
29. Cervantes R., Watanabe T. y Denegri J. Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú. Ministerio de Salud, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, OPS/OMS, Lima, Perú 1988.
30. Ministerio de Salud. Plan Trienal Multisectorial de Protección de la Salud del Niño. Lima, Perú 1988.
31. Ministerio de Salud. Dirección Técnica de Informática. Informes Perú 1988.
32. Shwarcz R. y Díaz A. G. Algunos problemas asociados con la mortalidad materna y perinatal en las Américas. Tecnologías Perinatales. Pub. Cientf. CIAP 1166, Pág. 1-28.
33. Távora L. El alta precoz, alternativa de la atención institucional del parto. Boletín de la Red Peruana de Perinatología. Año 3 : 1 Marzo 1990.
34. Pinillos L. Prefacio. Programas Nacionales de Atención Materno-infantil. Lima, Perú 1989.
35. D. L. 351. Ley Orgánica de Salud. Lima, Perú 1985.
36. Ferreira J. Evacuación de la calidad de una institución de educación médica. OPS/OMS. 1985.
37. Távora L. Tendencias actuales en la enseñanza de las ciencias clínicas área madre-niño. Primer seminario-taller sobre Rediseño curricular. Programa Académico de Ciencias Médicas UNFV. Informe Final, Pág. 39-51. Chacacayo, Lima, Perú, Feb. 1979.
38. Giraldo L. Pautas fundamentales para la elaboración de un curriculum de estudios médicos. Primer seminario-taller sobre Rediseño curricular. Programa Académico de Ciencias Médicas UNFV. Informe Final. Chacacayo, Lima, Perú, Feb. 1979.
39. Sigerist H. The Bulletin of the Institute of History of Medicine 4e : 41, May. 1936.
40. Sánchez-Moreno G. Lineamientos para la elaboración de una estructura curricular y de su programación. Seminario Taller: Enseñanza de población en los Programas Académicos de Medicina Humana del Perú. ASPEFAM. Informe Pág. 10-12, Paracas, Mayo 1978.
41. Morales G. Tendencias actuales en la enseñanza de las ciencias básicas para la formación del médico. Primer Seminario-Taller sobre Rediseño Curricular. Programa Académico de Ciencias Médicas UNFV. Informe Final, Pág. 30-38, Chacacayo, Lima, Perú, Feb. 1979.
42. Ruoti A. Algunas experiencias en la enseñanza de población y planificación familiar en las Escuelas (Facultades) de Medicina. Seminario-Taller: Enseñanza de población en los Programas Académicos de Medicina Humana del Perú. ASPEFAM. Informe, Pág. 8-9, Paracas, Perú, Mayo 1978.