

LA ENSEÑANZA DE MEDICINA EN RELACION CON LOS PROBLEMAS DE SALUD PUBLICA, EN EL PERU

FÉLIX NÁQUIRA ¹; JORGE CAMPOS REY DE CASTRO ²; JORGE VINATEA ³;
MARIO LEÓN ⁴ y JORGE CASTELLO ⁵

Tipo de Médicos que deben preparar las Facultades de Medicina en relación con los problemas de Salud Pública.

La concentración de los médicos en las grandes ciudades y la baja proporción de los mismos en las zonas rurales, constituyen un problema que es general a los países no desarrollados y que afecta de manera particular al nuestro. En efecto, de acuerdo al Censo de Recursos Humanos de Salud de 1964 (1) en el Perú existen 5,061 médicos lo que da una relación de un médico por cada 2,144 habitantes; pero la distribución de estos profesionales en el territorio nacional no es homogénea, ya que, mientras que en un departamento como Lima y la provincia constitucional del Callao hay un médico por 756 y 840 habitantes, respectivamente, encontramos que, en departamentos como Apurímac y Huancavelica, sólo se cuenta con un médico por cada 20,000 o más habitantes (Cuadro 1); otros departamentos como Cajamarca, Ayacucho y Puno cuentan, en promedio, con un médico por cada 14,000 habitantes. En términos generales, se puede afirmar que la población que habita en la región de la Sierra es la que tiene menor proporción de médicos por habitantes; en la región selvática, las

¹ Presidente de la Asociación de Facultades de Medicina del Perú.

² Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos.

³ Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Trujillo.

⁴ Director de la Escuela de Salud Pública del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

⁵ Profesor Auxiliar de Medicina Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos.

Cuadro N° 1. Distribución de profesionales médicos por departamentos promedio habitantes por médico Perú 1964

DEPARTAMENTOS	POBLACION	N° MEDICOS	PROMEDIO HABITANTES MEDICO
TOTAL	10'851,500	5,061	2,144
AMAZONAS	132,000	21	6,286
ANCASH	622,800	93	6,697
APURIMAC	295,900	13	22,761
AREQUIPA	421,000	253	1,664
AYACUCHO	424,000	29	14,620
CAJAMARCA	811,400	49	16,560
CALLAO	247,000	294	840
CUZCO	644,000	95	6,778
HUANCAVELICA	317,600	12	26,466
HUANUCO	353,200	38	9,295
ICA	285,300	135	2,113
JUNIN	567,900	135	4,200
LIBERTAD	633,000	207	3,058
LAMBAYEQUE	380,700	134	2,841
LIMA	2'538,400	3,095	756
LORETO	380,200	92	4,133
MADRE DE DIOS	17,500	4	4,375
MOQUEGUA	56,000	20	2,800
PASCO	150,700	45	3,349
PIURA	735,400	164	4,484
PUNO	721,500	49	14,724
SAN MARTIN	178,900	27	6,626
TACNA	73,600	29	2,537
TUMBES	53,500	28	2,267

cifras parecerían demostrar una mejor situación que en la sierra, ya que allí tenemos un médico por cada 4,000 habitantes, pero estas cifras son engañosas debido a lo extenso del territorio selvático, a la gran dispersión de la escasa población que vive allí y a que los médicos se encuentran en su gran mayoría concentrados en Iquitos, la capital.

Por otro lado, el Censo de Recursos Humanos nos ha demostrado

CUADRO 2

INFORMACION GENERAL DE PROFESIONALES MEDICOS, PERU, 1964

1. DISTRIBUCION GEOGRAFICA.

Total Médicos Perú	5,061 (100.0%)
Total Médicos Capitales Departamentos	4,241 (83.8%)
Total Médicos Departamentos, excluyendo capitales de Departamento	820 (16.2%)
Total Médicos Departamento Lima	3,095 (61.1%)
Total Médicos Lima capital	2,957 (58.4%)

2. DISTRIBUCION POR ACTIVIDAD.

Médicos con ocupación hospitalaria	2,842 (65.9%)
Médicos con ocupación no hospitalaria	1,472 (34.1%)
Total	4,314 (100.0%)

3. DISTRIBUCION POR ESPECIALIDADES.

Medicina General	1,437 (27.2%)
Cirugía General	548 (10.4%)
Obstetricia y Ginecología	400 (7.6%)
Pediatría	445 (8.4%)
Laboratorio Clínico	196 (3.7%)
Salud Pública	291 (5.5%)
Otras especialidades	1,959 (37.1%)
Total	5,276 (100.0%)

que el 83.8 por ciento de los 5,061 médicos en ejercicio en el Perú ejercen en las capitales de departamentos y sólo 820 (16.2 por ciento) ejercen en centros diferentes a las capitales de departamentos. Es más, 3,095 (71.1 por ciento) de los médicos radicados en el departamento de Lima y el 58.4 por ciento en la propia ciudad (cuadro 2).

Cuadro Nº 3. Distribución de profesionales médicos por capitales de
Departamento promedio habitantes por médico Perú 1964

CAPITAL DE DEPARTAMENTO	POBLACION	Nº MEDICOS	PROMEDIO HABITANTES POR MEDICO.
TOTAL	4'548,800	4,241	1,073
CHACHAPOYAS	31,000	12	2,583
HUARAZ	79,000	13	6,076
ABANCAY	49,000	7	7,000
AREQUIPA	244,000	228	1,070
AYACUCHO	77,000	14	5,500
CAJAMARCA	187,000	24	7,791
CALLAO	247,000	294	840
SUZCO	104,000	69	1,507
HUANCAVELICA	81,000	5	16,200
HUANUCO	97,000	17	5,705
ICA	122,000	63	1,936
HUANCAYO	216,000	54	4,000
TRUJILLO	248,000	152	1,631
CHICLAYO	228,000	97	2,350
LIMA	1'795,000	2,957	607
IQUITOS	152,000	59	2,576
PUERTO MALDONADO	9,800	4	1,450
MOQUEGUA	35,000	10	3,500
SERRO DE PASCO	90,000	28	3,214
PIURA	204,000	70	2,914
PUNO	137,000	21	6,523
MOYOBAMBA	17,000	5	3,400
TACNA	55,000	18	3,055
TUMBES	44,000	20	2,200

En lo referente a la distribución de profesionales médicos en las capitales de departamentos (Cuadro 3) se observa que Lima, Callao, Arequipa, Cuzco y Trujillo son capitales más beneficiadas; son éstas precisamente las ciudades en las que, con excepción del Cuzco, funcionan Facultades de Medicina desde hace varios años. En Ica y Cajamarca, existen también Facultades de Medicina pero son de reciente creación y no han graduado todavía a ninguna promoción médica, por lo que no han afectado la situación en sus respectivas zonas.

En otras palabras, parecería ser que uno de los factores que determina la concentración de médicos en una ciudad es el funcionamiento de una Facultad de Medicina en ella, debido a una inadecuada orientación en la formación de profesionales y a otros factores que luego analizaremos.

En el resto de ciudades, que no son capitales de departamento (Cuadro 4), el número de habitantes por médico llega a cifras muy elevadas, especialmente en los departamentos de la sierra en donde se alcanza cifras de un médico por más de 20,000 habitantes (Apurímac, Cajamarca, Ayacucho, Puno y Cuzco).

Es evidente, pues, que las capitales de departamento y de provincias de los departamentos de la sierra son las más afectadas al no contar con un mínimo necesario de médicos para atender los problemas de salud pública que son múltiples y variados en esa zona; fácil es imaginarse cual es la situación de las zonas rurales en donde los recursos son aún más escasos y las necesidades más apremiantes.

En lo que respecta al sostenimiento del trabajo médico el Censo nos demuestra (Cuadros 5 y 6) que la mitad de los médicos (50.2 por ciento) trabajan para el gobierno central (Ministerio de Salud Pública y Sanidades Militares), el 40 por ciento para el subsector público independiente (Beneficencias y Seguros y sólo el 6.2 para instituciones privadas, hecho que llama profundamente la atención ya que el sector privado está en capacidad de absorber un mayor porcentaje de profesionales médicos.

Al analizar las cifras presentadas en el párrafo anterior debe tenerse en cuenta que los médicos al servicio de las instituciones del gobierno central o del subsector público independiente no lo hacen en forma exclusiva; es decir, que salvo algunas excepciones, la mayoría de ellos ejerce libremente su profesión además del trabajo que realizan para la institución que los ha contratado.

Al estudiar la población del Perú en el período 1964-1970 (Cuadro 7) con el fin de determinar las necesidades futuras en recursos médi-

**Cuadro N° 4. Distribución de profesionales médicos por departamento
con exclusión de las capitales de departamento promedio
habitantes por médico Perú 1964**

DPTOS. CON EXCLUSIÓN DE SUS CAPITALES	POBLACION	N° MEDICOS	PROMEDIO HABITANTES POR MEDICO
TOTAL	6'302,700	820	7,686
AMAZONAS	101,000	9	11,222
ANCASH	543,800	80	6,797
APURIMAC	246,900	6	41,150
AREQUIPA	177,000	25	7,080
AYACUCHO	347,000	15	23,133
CAJAMARCA	624,400	25	24,976
CALLAO	-	-	-
CUZCO	540,000	26	20,769
HUANCAVELICA	236,600	7	17,665
HUANUCO	256,200	21	12,200
ICA	163,300	72	2,268
JUNIN	351,900	81	4,344
LIBERTAD	345,000	55	7,000
LANCAYQUE	152,700	37	4,127
LEMA	543,400	138	3,937
LORETO	228,200	33	6,915
MADRE DE DIOS	7,700	-	-
MOQUEGUA	21,000	10	2,100
PASCO	60,700	17	3,570
PIURA	531,400	94	5,653
PUNO	584,500	28	20,875
SAN MARTIN	161,900	22	7,359
TACNA	18,600	11	1,691
TUMBES	19,500	8	2,437

cos y asumiendo que se estime una meta de distribución de un médico por cada mil habitantes para las capitales de departamento y de uno por cada 4,000 habitantes para el resto del país, encontramos que en 1966 se necesitan 6,507 médicos estimándose para esta fecha una existencia de 5,781, habiendo por lo tanto un déficit de 365 médicos. En 1979 prácticamente no habrá déficit de médicos (Cuadro 8).

Sin embargo, para una más cabal interpretación de las cifras que de los recursos humanos en el campo médico exponemos, es necesario señalar que se calcula que el grado de rendimiento de las horas-médico es sólo del 48 por ciento (2).

Constituye información preliminar muy valiosa para abordar el tema que discutimos, el poner énfasis en algunas de las conclusiones a las que llegó la Comisión de Trabajo del Plan Sectorial de Salud, al establecer el Plan de Desarrollo Económico y Social para 1967-1970; dicho informe dice que la "situación de la salud en el país está condicionada por el bajo nivel de nutrición que hace a los grupos afectados menos resistentes a los agentes patógenos; el deficiente saneamiento ambiental, en particular el suministro de agua potable y disposición de excretas, que favorecen la elevada incidencia de enfermedades gastrointestinales; los altos índices de analfabetismo y patrones culturales diferentes que dificultan la implantación de prácticas sanitarias modernas mantienen baja la demanda de servicios de salud; el reducido ingreso per cápita, agravado por su mala distribución, ocasionan bajos niveles de vida". Se señala también que los problemas de salud del país, en orden prioritario de acuerdo a criterios de magnitud, vulnerabilidad y costo, son los siguientes: desnutrición, enfermedades susceptibles de control mediante inmunizaciones, enfermedades cuya propagación es consecuencia del deficiente suministro de agua y disposición de excretas, tuberculosis, enfermedades erradicables, problemas todos que alcanzan mayor prioridad en la población de 0 a 15 años, la que representa cerca del 50 por ciento de la población del país.

Teniendo a la vista estos argumentos, la Asociación Peruana de Facultades de Medicina, estableció en su primer Seminario de Educación Médica (3) que la educación médica en el país debe reorientarse para atender las necesidades del país, guardar armonía con los planes nacionales de salud, y contribuir a su desarrollo económico y social. La educación médica ha tenido tradicionalmente entre nosotros una orientación que, a la luz del análisis efectuado, resulta inconveniente debido a la falta de orientación preventiva y social, al exagerado énfasis que se ha puesto en la medicina individual y curativa, al

Cuadro Nº 5. Distribución de profesionales médicos según instituciones y clase de servicio Perú 1964

INSTITUCIONES	TOTAL		CLASE DE SERVICIO			
			Hospitalario		No Hospitalario	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	4,314	100.0	2,842	100.0	1,472	100.0
M.S.P. y A.S.	1,537	35.7	704	24.8	833	56.6
Sanidades Militares	625	14.5	393	13.8	232	15.8
S.S. Empleado	479	11.1	338	11.8	141	9.6
S.S. Obrero	609	14.1	543	19.1	66	4.5
Beneficencia	642	14.8	634	22.4	8	0.5
Privadas	267	6.2	216	7.6	51	3.5
Otras	155	3.6	14	0.5	141	9.5

Cuadro Nº 6. Distribución de profesionales médicos según instituciones y grupos de población distrital Perú 1964

INSTITUCIONES	TOTAL		GRUPOS POBLACION DISTITAL				
			- 10000 Hab.	10000 a 24999 Hab.	25000 a 49999 Hab.	50000 a 249999 Hab.	250000 y más Hab.
	Nº	%					
TOTAL	4,314	100.0	376	432	168	658	2,680
M.S.P. y A.S.	1,537	35.6	197	180	74	212	874
Sanidades Militares	625	14.5	30	51	8	84	472
S.S. Empleado	479	11.1	13	21	7	86	352
S.S. Obrero	609	14.1	29	96	23	106	353
Beneficencia	642	14.9	26	44	22	134	416
Privadas	267	6.2	77	52	29	18	91
Otras	155	3.6	4	6	5	18	122

Cuadro N° 7. Población estimada del Perú (Oficina Sectorial de Planificación)

Años	Total	Capitales de Departamento	Resto del País
1964	10'851,500	4'548,800 (41.9%)	6'302,700 (58.1%)
1965	11'187,100	4'687,395	6'499,705
1966	11'533,000	4'832,327	6'700,673
1967	11'889,700	4'981,784	6'907,916
1968	12'257,400	5'135,851	7'121,549
1969	12'636,600	5'294,735	7'341,865
1970	13'027,400	5'458,481	7'568,919
INCREMENTO ANUAL (3.1%)			
1965	335,600	140,616	194,984
1966	345,900	144,932	200,968
1967	357,700	149,876	207,824
1968	367,700	154,066	213,634
1969	379,200	158,885	220,315
1970	390,800	163,745	227,055

MEDICOS POR MIL HABITANTES

1. Capitales de Departamentos 1 x 1.000
2. Resto del país 1 x 4.000

Cuadro N° 8. Recursos necesarios de profesionales médicos en el Perú déficit de profesionales Perú 1964 - 1970

AÑOS	NECESIDADES PROFESIONALES MEDICAS			MEDICOS ESTABLECER	DEFICIT
	CAPITALES DE DEPARTAMENTOS	RESTO DEL PAIS	TOTAL		
1964	4,549	1,576	6,125	5,161	1,064
1965	4,687	1,625	6,312	5,421(1)	891
1966	4,832	1,675	6,507	5,701(1)	726
1967	4,982	1,727	6,709	6,141(1)	568
1968	5,136	1,780	6,916	6,551(1)	365
1969	5,295	1,835	7,130	6,961(1)	169
1970	5,458	1,892	7,350	7,421(2)	71 +

(1) Cifras estimativas.

conocimiento insuficiente de la realidad médico-social del país, fenómeno que es incluso apreciable en el profesorado del cual emana originariamente el defecto.

El país requiere de diferentes tipos de médicos, ya que su desarro-

Cuadro N° 9. Distribución de profesionales médicos según especialidad y grupos de población distrital Perú 1964

ESPECIALIDAD	TOTAL		GRUPOS POBLACION DISTITAL				
			- 10000 Hab.	10000 a 24999 Hab.	25000 a 49999 Hab.	50000 a 249999 Hab.	250000 y más Hab.
	n°	%					
TOTAL	5,276	100.0	398	472	184	767	3,455
Medicina General	1,437	27.2	223	220	45	184	765
Cirugía General	548	10.4	43	57	22	99	327
Pediatría	445	8.4	27	37	19	76	286
Obst.y Ginecología	400	7.7	15	18	16	77	274
Laborat. Clínico	196	3.8	3	14	6	6	137
Psiquiatría	110	2.1	1	1	-	12	96
Tisiología	197	3.7	9	19	8	31	130
Otorrino	85	1.6	1	1	2	13	68
Anes. fisiología	84	1.6	2	3	2	14	63
Neurología	47	0.9	1	1	1	5	39
Medicina Interna	233	4.4	8	10	15	30	170
Medicina Física	22	0.4	-	-	-	2	20
Medicina Especial	317	6.0	5	11	9	48	244
Cirugía Especial	287	5.4	3	13	4	39	228
Administ. Sanitaria	160	3.0	26	33	10	20	71
Administ. Hospitales	67	1.3	16	11	4	12	24
Otras Esp. S.P.	64	1.2	4	12	6	11	31
Otras	577	10.9	11	11	15	58	482

lo no es homogéneo y existen marcadas diferencias de nivel económico y cultural entre las zonas urbanas y rurales y entre la costa, la sie-

rra y la selva; es obligación de las facultades de medicina atender las demandas de médicos de todos estos sectores. Los currícula de estudios deberán orientarse, pues, en primer término a formar al médico básico, entendiéndose por tal al profesional educado en los campos esenciales del conocimiento médico, con una clara concepción de la medicina integral, sólida preparación humanística y científica, con un conocimiento integral de la realidad económica y social del país, con capacidad para continuar en el futuro su autoeducación y con aptitud para promover el desarrollo de la comunidad en calidad de dirigente.

Pero, es también obligación de las facultades de medicina, el ofrecer oportunidades para que el médico básico complete su formación especializándose en algunos de los variados campos específicos que el país necesita, tal como se ha demostrado en el Censo de Recursos Humanos (Cuadro 9).

Tipo de enseñanza que debe darse para atender particularmente el medio rural evitando la concentración de profesionales en las grandes ciudades.

La complejidad creciente del conocimiento médico hace difícil para un solo hombre, en forma aislada, dominarlo completamente; de aquí surge la tendencia a la especialización precoz y esto a su vez determina que los médicos trabajen en grupos constituidos por diferentes tipos de especialistas que se complementan mutuamente y que, lógicamente, sólo puede actuar en hospitales, ya sean públicos o privados. Es fácil comprender que estos grupos actúen difícilmente en zonas rurales en las que la capacidad de "consumo médico" de la población es muy reducida. El trabajo médico debe ser pagado como debe pagarse el trabajo de cualquier profesional, artesano u obrero, con la característica, además, que el trabajo del médico exige gastos adicionales que cada vez tienden a ser mayores y que sobrepasan al costo del trabajo del médico propiamente dicho, derivados del costo de hospitalización, exámenes auxiliares, medicamentos, etc. Estos gastos o los cubre el paciente en forma individual o los cubre algún tipo de organización social (seguros, etc.), en su nombre, o en forma mixta. La población rural tiene un nivel económico muy bajo que en muchos casos no permite sostener a un médico; de otro lado, las organizaciones de protección social (seguro obrero, seguro del empleado, beneficencias) no cubren a la población rural. Pero este no es el único factor, hay también un factor educativo y cultural que crea barreras difíciles

de franquear para la difusión de cambios en los hábitos de vida, para mejorar el nivel de salud y para utilizar los recursos médicos, cuando éstos son ofrecidos. Existe la experiencia reciente, en el Ministerio de Salud Pública, de haber organizado Centros de Salud convenientemente dotados, en zonas campesinas con un marcado atraso cultural, en las que la población no hace uso de estas facilidades por la desconfianza que deriva de su ignorancia.

La escala de valores que parece regir a la profesión médica como consecuencia de su educación defectuosa y de la orientación individualista, que ha recibido señala que el "éxito profesional" reside, o bien en obtener una nutrida clientela que permite amasar una importante fortuna, o bien en el éxito científico que generalmente exige, previa especialización, dominio de técnicas sofisticadas y disponer de equipos e instalaciones costosas; es fácil comprender que todo esto es más fácil de lograr en las grandes ciudades que en las pequeñas o en el medio rural, debido al bajo nivel económico de sus habitantes y a que las bibliotecas, institutos, centros de vida académica, se encuentran en las ciudades. Dentro de esta escala de valores, se coloca en el otro extremo al médico no especialista que no ha logrado renombre, que trabaja en las pequeñas ciudades o en el medio rural, pero que lógicamente también existe en las grandes poblaciones en las que, sin embargo, pasa desapercibido.

La enseñanza de la medicina ha reflejado estos puntos de vista, se ha orientado por ellos y, a su vez los ha impreso en los nuevos profesionales cerrando así un círculo que es necesario romper.

Las medidas conducentes a corregir esta inconveniente tendencia actual, serían las siguientes: a) el curriculum de estudios debe reorientarse dando cabida a la enseñanza integrada de los conceptos epidemiológicos, demográficos, preventivos y sociales a lo largo de la enseñanza clínica, abandonando el enfoque puramente individual y curativo de la medicina tradicional.

b) La enseñanza de la medicina debe impartirse no sólo en los laboratorios y salas de hospital sino que los alumnos deben realizar trabajos con familias y prácticas de campo, de preferencia en las zonas rurales, en ciclos vacacionales que les permita conocer de cerca y en forma directa la realidad médico-social del país.

c) Es recomendable que en la enseñanza se utilice, en la mayor medida posible, material y referencias nacionales, para que el estudiante esté debidamente imbuído de la naturaleza y magnitud de los problemas de salud predominantes en el país y que esté familiarizado con

el tipo de factores ecológicos que determinan sus peculiaridades cualitativas y cuantitativas.

d) Finalmente, el estudiante así formado, plenamente conciente de la realidad que vive su país, debe tener una oportunidad de trabajar en las zonas rurales; pero no en la forma en que hasta ahora se ha venido haciendo, es decir, librado a su propia iniciativa y a su propia suerte, sino integrado dentro de un "servicio médico rural" organizado por el Ministerio de Salud Pública y coordinado con las Facultades de Medicina, para que este profesional recién egresado cuente con los recursos materiales y humanos que garantizan y hacen posible el trabajo del médico en condiciones de eficiencia. Es decir, este profesional debe estar conectado con centros hospitalarios a los cuales puede recurrir en circunstancias que lo precise y rodeado de las garantías necesarias para que al cabo de un lapso determinado pueda regresar a centros más desarrollados para continuar su formación o iniciar su especialización, si así lo cree conveniente.

Desde 1964 viene funcionando en el país un Programa Rural Preventivo Asistencial en forma todavía experimental y que, en términos generales, obedece a la filosofía que hemos delineado anteriormente; en este programa hay actualmente 33 médicos con un compromiso de trabajar durante 2 años en postas debidamente dotadas con personal y equipo.

Convendría complementar este programa con una adecuada asesoría académica y coordinación con las Facultades de Medicina para las etapas ulteriores de este proyecto.

Finalmente, parece esencial inculcar un nuevo espíritu y una nueva doctrina en los propios profesores de las Facultades de Medicina, haciéndoles participar de esta nueva filosofía para que ellos a su vez la proyecten en sus respectivos alumnos.

BIBLIOGRAFIA

1. Censo de Recursos Humanos de Salud. Oficina Sectorial de Planificación de Salud, 1964.
2. Diagnóstico de Salud. Sistema Nacional de Planificación, 1966.
3. Boletín de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina, Agosto 1964.