

LA SITUACION DE SALUD Y LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA EN LA AMERICA LATINA

JORGE CAMPOS REY DE CASTRO*

La situación de salud en América Latina.

La situación de salud colectiva depende en gran medida del grado de desarrollo de los grupos humanos que constituyen la nación o que integran una región y, a su vez, ella influye directamente en su desarrollo socio-económico. La interdependencia de la salud con la productividad en el proceso de desarrollo ha sido ampliamente reconocida; no es concebible un país atrasado social y económicamente y que tenga un estado de salud óptimo, como tampoco es concebible la situación inversa, es decir elevado desarrollo social y económico coexistiendo con deficiente situación de salud (1, 2, 3, 4, 5). "En consecuencia, los planes de atención a la salud debe ser parte integrante de los planes de desarrollo socio-económico de los países" (7).

Para establecer conclusiones sobre la situación de salud de un país o de una región es necesario considerar sus dos componentes de primer orden: el estado de salud y el sistema de servicios de salud (8).

El estado de salud en América Latina. Es evidente que todos los países latino-americanos, en diferente medida, han logrado importantes avances en el conocimiento y práctica médica, pero estos avances no han determinado una mejora paralela en el nivel de salud de la población en su conjunto debido a que su estructura social ocasiona una desigual distribución de la riqueza. El atraso de algunos grupos sociales; el analfabetismo que es especialmente elevado en el área rural y en la población en situación intercultural; la insalubridad del ambiente; la falta de recursos como consecuencia de una inadecuada priorización del gasto público; la falta de planes integrales y de un organismo único que centralice la planificación e impartá las normas para las acciones de salud en cada país, constituyen factores poderosos que explican por qué, en conjunto, la situación de salud de América Latina es deficiente (5, 6, 8).

El sistema de servicios de salud en América Latina. Los servicios de salud en la mayoría de los países de América Latina, dependen administrativamente, en cada uno de ellos, de diferentes sectores y no están ligados entre sí por una política nacional de salud, por lo que las acciones de salud no se planifican integralmente, son incoherentes y descoordinadas, situación que afecta negativamente la formación de personal y la racional creación y utilización de la infraestructura; el número de camas de hospital y el número de policlínicos es insuficiente en número y están inadecuadamente distribuidos por lo que la cobertura de la población es sólo parcial y en grado diferente según el nivel social y económico de los grupos humanos.

En lo que se refiere al personal de salud, si bien la tasa de médicos por 10,000 habitantes se ha incrementado, aún sigue siendo insuficiente, con marcada concentración urbana en los grandes hospitales en detrimento de las áreas rurales, en casi todos los países latino-americanos (3, 5). El personal paramédico, que cuantitativamente debería superar al personal médico, muestra por lo contrario tasas inferiores, tanto a nivel de enfermeras como de auxiliares.

En efecto, hay indicadores negativos que sustentan plenamente esa afirmación, como son: las cifras altas de mortalidad general; la expectativa de vida inferior a la de los países desarrollados; la natalidad elevada; la ingesta calórica y proteica deficitarias que comprometen el crecimiento y desarrollo de los niños lactantes y pre-escolares; las altas tasas de mortalidad infantil; el saneamiento ambiental; las enfermedades transmisibles predominan en el panorama epidemiológico; la insuficiente disponibilidad de agua potable y la canalización insatisfactoria de excretas, no sólo en el medio rural sino aún en las zonas urbanas, particularmente en sus barrios marginales, explica que haya una elevada incidencia de enfermedades gastro-intestinales (5,8). lieres de enfermería y sanitarios (2, 9).

La medicina general como práctica fundamental en la atención de salud.

En la década de los años 60, bajo la inspiración de los acuerdos tomados en los seminarios cele-

(*) Profesor del Programa Académico de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

brados en Viña del Mar (Chile) en 1955 y Tehuacan (México) en 1956, surgió considerable interés en la mayoría de países latino-americanos por definir el tipo de médico a formar en sus escuelas o facultades de Medicina. Estos países establecieron en forma unánime, que es el médico general el tipo de profesional que se requiere, enfatizando que este debe tener una formación humanista e integral, con capacidad para dirigir el equipo de salud y constituirse en un dirigente (líder) para el desarrollo de la comunidad, estar dispuesto a trabajar en centros de menor desarrollo urbano para ampliar la cobertura de atención médica, en ese entonces, como ahora, centralizada fundamentalmente en los grandes centros urbanos.

La meta no alcanzada. No obstante la unanimidad de criterio y el declarado propósito común, muy pocos países pueden ufanarse, tres lustros después, de haber logrado alcanzar esa meta (6, 10). Por lo contrario, predomina la tendencia a la especialización; los médicos continúan concentrados en las principales ciudades; el trabajo del médico mantiene una orientación eminentemente curativa con muy poco énfasis en los aspectos preventivos; el estudio de los "casos raros" sigue siendo el tema central del interés de los médicos y constituye un medio eficaz para su promoción científica. El médico continúa trabajando como un artesano solitario o asociado con otros médicos especialistas, situación que es muy diferente a integrar y dirigir un equipo multidisciplinario de trabajadores en el campo de la salud.

Es entonces necesario analizar cuales son las razones por las que no se ha podido alcanzar la meta tan nitidamente trazada hace dos o tres lustros. Hay varios factores que a nuestro juicio explican este fracaso, unos son consecuencia y dependen de la estructura del país en general y de la organización de las instituciones encargadas de otorgar prestaciones de salud; otros dependen de las propias Universidades (11). En conjunto estos factores han jugado un papel negativo y constituyen una barrera que las Universidades por sí mismas no han podido superar.

La estructura de la sociedad, factor negativo fundamental.

El factor extrauniversitario más importante es la estructura socio-económica que tienen la mayoría de países latino-americanos; esta estructura determina la existencia de grupos sociales dominantes que gozan de privilegios económicos y cuyos patrones culturales se identifican con las de los países de elevado desarrollo; estos grupos constituyen o están conectados con la cúpula gobernante, lo que les da el poder necesario para mantener su situación de privilegio, situación que contrasta con la de las masas campesinas y la de los pobladores de pequeñas ciudades o de las cada vez más grandes zonas marginales de las grandes urbes latino-americanas; los primeros disponen de una sofisticada infraestructura de servicios de salud, que generalmente es copia o está inspirada en la de los países desarrollados; en ella los médicos especialistas ejercen sus funciones a un elevado costo (5, 6, 8). La población marginal no tiene acceso a esos servicios, es atendida en proporción significativa por curanderos, brujos y comadronas empíricas y utiliza los recursos terapéuticos de la medicina folklórica.

El centralismo urbano, y preferentemente en la capital, concentra en estas ciudades los grandes hospitales, centros de investigación, bibliotecas, etc. con abandono del medio rural y de las pequeñas ciudades donde el profesional no recibe ningún apoyo ni incentivo para actualizar sus conocimientos. El profesional que radica en provincias

no tiene posibilidades de competir en el futuro con sus colegas de las grandes urbes para escalar posiciones elevadas.

El médico como miembro de la sociedad, aspira a su ascenso social, económico y político y para lograrlo procura vincularse e integrarse con el grupo social dominante. El médico general tiene menores posibilidades de ascenso social, en comparación con el especialista, porque el modelo cultural del grupo social dominante determina que sea estimado en menor grado y que sus servicios por lo general no sean solicitados por ese grupo social.

La estructura de los organismos de salud. La estructura de los organismos de salud concede mayor jerarquía y mejores retribuciones económicas a los especialistas, en comparación con los médicos generales. Ellos gozan de bonificaciones, de mayores oportunidades para obtener becas de perfeccionamiento, viajes, asistir a congresos internacionales y se benefician de la actitud complaciente de las autoridades administrativas para equipar cada vez mejor sus servicios, aún a costos elevados, ventajas que no gozan los médicos generales. Parecería que hay consenso en admitir que el médico general no tiene las mismas necesidades de perfeccionarse y de contar con facilidades instrumentales para desempeñar sus funciones que las que tiene el médico especialista.

Los hospitales especializados, centros inconvenientes para la enseñanza clínica del pregrado. Las escuelas o Facultades de Medicina, de su parte, han contribuido, sin proponérselo, a evitar el cambio al utilizar predominantemente como centros de enseñanza clínica a los hospitales de gran tamaño, con servicios muy especializados y un cuerpo médico integrado fundamentalmente por especialistas que se convierten en la "imagen" o "modelo" que los estudiantes terminan por imitar (5).

WHITE (12) ha demostrado que la población de pacientes que se hospitaliza en ese tipo de nosocomios no es representativa de la patología que mas afecta a la población general, que es la que el médico general tiene precisamente que atender. En efecto, este autor demostró que en una pequeña población de un millar de habitantes, en el curso de un año, 720 de ellos necesitaron efectuar una consulta, por una razón u otra, en el servicio ambulatorio del hospital de la zona y que 100 de ellos necesitaron hospitalizarse, habiendo requerido sólo 10 ser referidos a un hospital especializado.

Es evidente pues que los pacientes que se internan en los grandes centros hospitalarios constituyen casos seleccionados y no representan el común de los pacientes de la colectividad. Los estudiantes que se adiestran en estos hospitales no tienen oportunidad de familiarizarse con los casos comunes y frecuentes sino que se adiestran para atender los casos complicados y raros apelando al uso de equipos e instrumental altamente sofisticados.

Los médicos especialistas pueden formar médicos generales?

La composición del plantel de profesores, en su mayoría integrado por especialistas, influye en el mismo sentido negativo y tiene como consecuencia que la "medicina general" que se desea enseñar está a cargo de médicos que imparten enseñanza desde su propio ángulo de especialistas (11). El resultado es que el curriculum de estudios es prolongado y deviene de un compendio de múltiples especialidades, camino que difícilmente puede conducir a la formación de un médico general.

La enseñanza de la medicina está estrechamente vinculada a la manera como se ejerce la medicina. La reforma de la enseñanza de la medicina no puede desligarse de la reforma del ejercicio práctico de la medicina y este ejercicio está íntimamente vinculado a la estructura hospitalaria y a los patrones culturales de los grupos sociales dominantes (2).

De lo expuesto hasta aquí se desprende que si bien las escuelas o Facultades de Medicina pueden corregir sus propios defectos, en el sentido de utilizar de preferencia para la enseñanza clínica las instalaciones de las unidades periféricas de salud — postas médicas, policlínicos y hospitales no especializados —, reservando para la actividad de post-gradó los hospitales con servicios especializados; podrán también modificar la composición del profesorado a nivel del pre-gradó dando menor participación a los especialistas, especialmente los de campos muy restringidos y altamente sofisticados; pero, sin embargo, está fuera de su alcance corregir los factores estructurales de la sociedad y del sistema de salud de su propio país.

La Universidad evidentemente no está en condiciones por sí misma de cambiar la política de salud de los países; de modificar la estructura del sistema hospitalario ni de dar prioridad presupuestal al sector salud. No es suficiente pues que las Facultades de Medicina declaren que el médico que el país necesita es el médico general con las características ya mencionadas, cuando la estructura social del país otorga la máxima preferencia al especialista y relega al médico general a un modesto segundo plano, generalmente en la periferia; cuando la estructura hospitalaria otorga mayores beneficios económicos y científicos a los especialistas; cuando el propio cuadro de profesores está constituido fundamentalmente por especialistas. Tan profundas discrepancias entre el "modelo" propuesto y la realidad vigente necesariamente convierte a aquel en una utopía, a menos que un profundo cambio social y político cambie la estructura radicalmente y torne la utopía en realidad.

Realizar tales cambios es potestad solo del grupo social dominante que ostenta el poder político y la magnitud y trascendencia de estos cambios evidentemente significan cambiar la estructura social y económica del propio país. Esta es la razón por la que los avances más significativos se han logrado en el campo de la salud en los países en los que previamente hubo profundos cambios estructurales (13).

La formación de técnicos para la salud.

La deficiente situación de salud de los países de América Latina, como ha sido analizada en el capítulo anterior, justifica la demanda de la población por mejorar en estado de salud. Enfrentadas las cúpulas dirigentes a esta demanda a menudo han postulado que la solución radica en aumentar el número de médicos y allí se originan las presiones por crear más escuelas de medicina o aumentar el cupo de las existentes.

Sin embargo, pocos ponen énfasis en aumentar la productividad de los profesionales médicos existentes como una alternativa racional de solución. El estudio realizado por HALL (1, 9) en el Perú, hace una década, demostró que el bajo rendimiento de los servicios hospitalarios, era debido en gran parte a la escasez de personal paramédico adiestrado y que se podía duplicar el número de consultas a pacientes ambulatorios, sin elevar el número de médicos, con sólo aumentar el personal paramédico. Igualmente, este autor

demostró que la productividad de la cama hospitalaria podría elevarse mejorando la distribución del personal del hospital.

Bajo la influencia de estas condiciones en varios países de Latino América se han implementado programas educativos para formar personal paramédico, de diferentes niveles (enfermeras, auxiliares, técnicos, sanitarios); en estos programas generalmente no han participado las Universidades ni se ha coordinado con ellas la política general de formación y capacitación del personal para la salud, en su conjunto, por lo que no es de extrañar que hayan surgido conflictos entre los organismos sindicales médicos y los entes gubernamentales, por lo que los primeros califican de "intrusismo" y consideran que constituye una amenaza económica a sus intereses (6, 14).

La atención médica por niveles. Recientemente se ha desarrollado el concepto de la atención a los problemas de salud por niveles, según su grado de complejidad; dentro de este esquema el nivel más simple lo constituye la llamada "atención primaria de la salud", que está a cargo de personal no profesional, de la propia comunidad, a quien se le ha instruido para realizar por sí mismo labores sanitarias y educativas, vacunación y primeros auxilios. El segundo nivel de atención se imparte en policlínicos y postas médicas; está a cargo de personal paramédico calificado bajo la guía directa o supervisión a distancia de un médico general. Los hospitales rurales representan el más alto escalón del segundo nivel de atención. Finalmente, el tercer nivel está a cargo de los grandes hospitales y de los Institutos especializados en los que tienen cabida preferente los médicos especialistas (15, 16).

La atención primaria de la salud. En setiembre de 1978, bajo el auspicio de la O.M.S., se reunió en Alma Ata, U.R.S.S., la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. En el documento final (16) se la define como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y técnicas prácticas, apropiadas desde el punto de vista científico y aceptables socialmente, puesta al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades con su plena participación" a cuyo mantenimiento contribuyen por autodeterminación y autoresponsabilidad. Abarca, por lo menos, las siguientes actividades: educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención correspondientes; promoción de nutrición apropiada; saneamiento básico y abastecimiento de agua potable; asistencia materno infantil y planificación de la familia; campaña de inmunizaciones; primeros auxilios y administración de medicamentos esenciales.

La "atención primaria de la salud" entraña no sólo la participación del sector salud, sino de todos los sectores conexos con el desarrollo comunitario y nacional, en particular la agricultura, la zootecnia, la educación, la vivienda, las comunicaciones, la alimentación y la industria (16).

El sistema de "atención primaria de la salud" se inspira y amplía en cierto modo el de los antiguos feldshers de la Unión Soviética y de los llamados "médicos descalzos" de China. Con excepción de Cuba (13) en ningún otro país está funcionando con una cobertura total de la población. Constituye una respuesta frente a la imposibilidad de dar cobertura con profesionales médicos a la población rural dispersa y requiere para tener éxito disponer de una organización central; efectuar una adecuada planificación; imbuir a todo el personal de salud, incluso a los profesio-

nales, el sentido de trabajo colectivo, integrando un equipo multidisciplinario; requiere también la comprensión de la comunidad cuya participación es esencial y una reorientación en la política de construcción y equipamiento de la infraestructura asistencial.

Pero la "atención primaria de la salud" no es suficiente ni basta por sí sola (3); ha de formar parte de un sistema nacional de salud cuyos otros escalones deben estar organizados de tal manera que permitan apoyarse mutuamente. Es decir, se requiere que haya una mutua comprensión entre quienes integran los diferentes niveles y que cada uno sea consciente de sus propias limitaciones y de sus atribuciones dentro del "sistema".

Enseñar a cambiar de hábitos para encajar en el nuevo sistema. Somos excépticos del éxito de este "sistema" en tanto no se modifique profundamente la enseñanza médica para habitar a los médicos a un trabajo coordinado con personas que no tienen el mismo nivel profesional ni cultural. Si no es así, como hacer entender a un distinguido médico especialista, formado dentro de los más elaborados sistemas científicos propios de un campo y que ha sido educado de acuerdo a la doctrina impresa en libros publicados por autores de universidades extranjeras, que él constituye sólo un nivel o un polo dentro de un amplio espectro de personal, cuyo otro polo, el que cubre la "atención primaria de la salud", es ejercido por personas que pueden no tener ni siquiera educación primaria y que muy bien podrían ser el curandero del pueblo o una comadrona empírica pero que sin embargo desempeñan funciones tan importantes como las de él mismo?. Desde el punto de vista social y siempre dentro del esquema de atención de salud de manera integrada y por niveles coordinados, tan importante y esencial es el curandero, el médico general y el ultraespecializado, que no se oponen sino que se complementan entre sí, siempre que sean conscientes del papel que cada uno debe jugar.

Alternativas.

El principio de la autonomía universitaria, que tan celosamente ha sido defendido por maestros y alumnos en América Latina, ha sufrido una deformación que progresivamente ha llevado a las instituciones universitarias a distanciarse y aislarse de los niveles de administración política. Esta situación ha producido un divorcio entre las instituciones formadoras de profesionales de la salud y las que administran la infraestructura de salud, lo que ha impedido diseñar coordinadamente una política de salud.

Las escuelas o Facultades de Medicina y el Sector Salud.

Las facultades o Escuelas de Medicina al depender jerárquicamente de la autoridad universitaria superior, la cual generalmente tiene cierto grado de coordinación o dependencia con la autoridad política del Sector Educación, no disponen de una vía regular para establecer un contacto operativo directo con el Sector Salud. Resultaría más lógico y eficaz que las escuelas o facultades de medicina dependieran o establecieran una vinculación directa con los niveles de decisión del Sector Salud a fin de diseñar conjuntamente una política racional de formación no sólo de los profesionales sino también del personal paramédico y auxiliar, de manera que el equipo de salud puede ser formado de acuerdo a una planificación coherente (1,6).

Así como no es posible desligar la enseñanza teórica de la medicina de la práctica médica, es también

evidente que se debe vincular los organismos que forman y capacitan al personal de salud con los que emplean y dirigen a este personal. Las facultades de medicina y odontología, las escuelas de enfermería, obstetricia, tecnología médica y de auxiliares tienen su ubicación natural en el Sector Salud y no en el Sector Educación.

Es evidente que la reubicación de estas instituciones académicas no debe significar que caigan en la burocratización administrativa ni provocar la pérdida de su autonomía universitaria, en el buen sentido del término, es decir autonomía científica y la libertad de pensamiento y expresión.

Comentario Final.

La situación de salud en América Latina es deficiente y la enseñanza de la medicina que se imparte en esta área no contribuye eficazmente a corregir esa situación. La meta trazada para formar "el médico que el país necesita", no ha sido alcanzada debido a la organización, orientación y composición de las propias escuelas o facultades de medicina y por la estructura, orientación y dispersión de los organismos dispensadores de salud de cada país. La falta de vinculación efectiva entre ambos tipos de instituciones ha provocado el aislamiento de las escuelas o facultades de medicina e impide planificar en su conjunto, la formación de personal, la enseñanza y el ejercicio de la medicina, en función del país en su conjunto y no sólo en favor de los grupos dominantes.

Es evidente que si no hay un cambio profundo en la estructura social, económica y política de América Latina, toda reforma curricular e institucional que se lleve a cabo en la enseñanza médica y en el campo de la salud no logrará modificar las causas profundas que en esencia explican el atraso social y la injusta distribución de la riqueza, factores fundamentales de la deficiente situación de salud de nuestros pueblos.

Referencias Bibliográficas

- 1.— HALL, Th L.— Recursos humanos de salud. Perú, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1967.
- 2.— ARBONA, G.— Evolución, tendencias y expectativas del sector salud dentro del desarrollo. Educ. Med. Salud 4:71—84, 1970.
- 3.— MAHLER, H.— Discurso pronunciado en la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas O.M.S. Washington D.C., Setiembre 1977.
- 4.— QUIROS SALINAS, C.— Enseñanza de los aspectos integrales de la salud o aspectos médico-sociales; historia y situación actual. Educ. Med. Salud 12:36—46, 1978.
- 5.— GONZALES PACHECO, A., BARRERA PEREZ, D. y RIVAS GUZMAN, J.— (Mexico) Ponencia al Tema II "La situación de salud y la enseñanza de la medicina en América

- Latina", de la XI Conferencia de Escuelas y Facultades de Medicina de América Latina. Puebla, México, 1979.
- 6.— ESPINOZA MURRA, D.— (Honduras) Ponencia al Tema II "La situación de salud y la enseñanza de la medicina en América Latina", de la XI Conferencia de Escuelas y Facultades de Medicina de América Latina. Puebla, Mexico, 1979.
 - 7.— Informe Final.— IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, O.M.S., Washington D.C. Setiembre 1977.
 - 8.— CASTELLO, J e IPARRAGUIRRE, A.— La realidad nacional de salud. Trabajos Científicos No. 15 de la Escuela de Salud Pública del Perú, 1978.
 - 9.— HALL, Th. L.— La formación y la utilización del personal paramédico. Educ. Med. Salud 1: 282—298, 1967.
 - 10.— ANDRADE, J.—La estrategia educacional en el plan de estudios. Educ. Med. Salud 5: 151 — 164, 1971.
 - 11.— First Meeting on Basic Principles for the Development of Medical Education in Latin America and the Caribbean Area. Final Report. Scientific Publ. No. 341 Pan American Health Organization. 1977.
 - 12.— WHITE, K L.— Life and death and medicine. Scientific American 229: 23—33, 1973.
 - 13.— Informe Anual 1976. Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba.
 - 14.— I Congreso Latino Americano de Colegios Médicos. Declaración de Paracas. Diciembre 1977. Boletín Informativo Col. Med. del Perú, Año 7, No. 18, 1978.
 - 15.— Informe sobre Atención Primaria de la Salud presentado por el Ministerio de Salud del Perú a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Alma Ata, URSS. Set. 1978.
 - 16.— Declaración de Alma Ata. Informe Final de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Alma Ata, URSS. Set. 1978.
 - 17.— CAMPOS R. de C., J.— Cambios en los programas tradicionales de educación médica y obstáculos que deben superarse para lograr la enseñanza de la medicina integral. An. Fac. de Med. 51: 75—89, 1968.
 - 18.— TESTA, M.— Planificación de recursos humanos para la salud en cuanto a tipos, cantidad y adecuación a la función. Educ. Med. Salud 4 : 48— 70, 1970.
 - 19.— CROFT LONG, E.— La educación de hoy para la práctica de mañana. Educ. Med. Salud 2: 240 — 252, 1968.
 - 20.— SONIS, y BEHM ROSAS, H.— Papel de las escuelas de salud pública en la educación médica. Educ. Med. Salud: 4: 85—107, 1970.
 - 21.— UGARTE, L.A.— Atención médica integral a la familia. Para ser publicado.