

Experiencia comunitaria y académica de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cuzco

Dr. Santiago Saco Méndez¹

Muy buenas noches, señor Dr. Agustín Iza, presidente de la Academia Nacional de Medicina, distinguidos profesores académicos, damas y caballeros.

Esta noche voy a presentarles la experiencia que tenemos en el Cuzco de la formación de médicos integrales, quiere decir, la formación en promoción, previsión, curación y rehabilitación de la salud. Presento esta primera lámina para presentar al local antiguo de la UNSAAC-Universidad San Antonio Abad del Cuzco. Antes esto era un local de los jesuitas, y allí está la iglesia de la Compañía. Cuando ellos fueron sacados del Perú se otorgó este local a la universidad que lo tiene hasta ahora. Aquí ahora funciona la Escuela de Postgrado.

La experiencia que voy a presentar es una experiencia de un grupo grande de personalidades. Primero, de la universidad han participado doctores, decanos, profesores y estudiantes en llevar a cabo esta experiencia de formación médica y también del gobierno regional que a través de la Diresa nos abrieron las puertas de los servicios de salud de la región del Cuzco.

El tema que voy a desarrollar es sobre la atención primaria de la salud y el primer nivel de atención como elementos esenciales del sistema de salud en el Perú. Actualmente la enseñanza de la medicina en el Perú es predominantemente recuperativa y se desarrolla en establecimientos urbanos del segundo y tercer nivel y en las aulas y laboratorios universitarios. Deja de lado las actividades preventivas promocionales, los establecimientos del primer nivel y la comunidad. Eso es lo que está predominando en nuestro país.

La Escuela de Medicina del Cuzco nace en diciembre de 1977 con la aprobación del antiguo CONUP -, Consejo Nacional de la Universidad Peruana, en la época del gobierno militar. Entonces nacemos con toda la estrategia de la atención primaria de la salud. Estaba en boga que, en los siguientes años que se fue implementando en la facultad, esta inicia sus actividades el año de 1980, y paralelamente en esa época hubo una reunión del equipo de educación médica de la OPS que señaló: “el fin último del sistema de formación de recursos humanos para la salud no es formar profesionales, sino mejorar la salud de la población.”

¹ Médico cirujano especialista en medicina interna por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, maestro en salud pública por la Universidad Cayetano Heredia, doctor en medicina por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, exdirector adjunto de la Región de Salud Ica en 1994 y director regional de salud del Cuzco en el 2008. Director del departamento académico de medicina de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cuzco.

La UNSAAC, asesorada por la OPS, buscó y busca formar un médico integral, este médico integral que practique la promoción, la prevención, la curación y la rehabilitación de la salud. En nuestro plan curricular se aprobó que debería tener 3 ejes:

- Las ciencias básicas y clínicas
- La investigación
- La salud pública

Además, el uso de los diversos establecimientos urbanos y rurales, y la comunidad, para el aprendizaje en el trabajo de los estudiantes. No dejamos los hospitales, pero ampliamos a otros ámbitos. Cómo se hizo. Primero se hizo un diagnóstico de la situación social, económica, cultural y de salud a nivel regional y local; y en base a eso elaboramos el perfil profesional, plan curricular y el plan de estudios que nuestra población necesitaba. Buscamos mucha información en aquella época sobre la situación de la salud de nuestra región. Allí encontramos que nuestra realidad rural, a fines del 70 y a comienzos del 80, era una población predominantemente rural. El 58.2% vivía en el campo con unas bajas coberturas de vacunas, un 11.7% de viviendas con agua potable, un 7.7% de alcantarillado, 94% sin electricidad, un 37.2% de analfabetismo en mayores de 15 años. La fuente es el Ministerio de Salud y el Mapa del Perú BCR que elaboró Richard Web.

También las IRAS y las EDAS eran las primeras causas de morbilidad y mortalidad infantil en mi región. La desnutrición crónica era problema en más del 50% de los escolares. En un trabajo que hicimos con los estudiantes los primeros años que iban al campo, encontramos esta cifra. La GTZ en otro estudio que hizo también, encontró esta cifra de desnutrición crónica. La tasa de mortalidad infantil de 149.5 por 1000 nacimientos, la tasa de fecundidad de 6.3%, y una esperanza de vida bajísimo, de 44.1 años. Había 0.21 médicos por 1000 habitantes. Yo me acuerdo de que, cuando fui a hacer mi Secigra a Cuzco en la zona de Urubamba, yo era el único médico secigrista que trabajaba para toda esa provincia. Esto también es una fuente del mapa de salud del Ministerio de Salud en 1981.

Cuáles fueron los principios de la educación médica en la UNSAAC. Primero, el dominio del método científico, la medicina es una ciencia. Segundo, la educación para la investigación; se propulsó y se quiso que todos los cursos deberían realizar una investigación al concluir su dictado, el contacto precoz y sostenido con la comunidad desde los primeros ciclos. Aprender a aprender, enseñarle al estudiante que la universidad era el lugar donde van a aprender a aprender, porque después nadie les va a enseñar y ellos tienen que ser el autoaprendizaje. Una enseñanza-aprendizaje en el trabajo, los estudiantes desde los primeros años están yendo a los servicios de salud y a la comunidad. Y, el estudio multidisciplinario es causal de la salud y la enfermedad. Un trabajo multidisciplinario. Los estudiantes desde los primeros años están yendo a los servicios de salud y a la comunidad y el estudio multicausal de la salud y enfermedad, un trabajo multidisciplinario con las otras carreras -medicina, enfermería, odontología- que tenemos en el curso. Y la integración docente asistencial, el uso de los servicios de salud tanto del Ministerio de Salud como de EsSalud.

Cuáles fueron los objetivos de la facultad de medicina humana de la UNSAAC. Formar un médico, agente de cambio social, con vocación de servicio y alto sentido moral. Médicos con una visión integral del ser humano en lo biológico, psicológico, social y en interrelación con el medio ambiente. Queríamos que los médicos sean integrales, que sean capaces de resolver problemas de salud de la persona, familia y la comunidad con una acción multidisciplinaria e intersectorial. Trabajamos con la comunidad y con los servicios de salud. Tomar decisiones sobre la salud, la vida, la enfermedad y la muerte en nuestra cultura, esto es muy importante para nosotros. Tenemos una población étnica que vive desde la época de los Incas, que vive en esas comunidades y, para ellos, la muerte y la vida es muy diferente para los niños y para los adultos. La realización de acciones de promoción, prevención y educación para la salud en la comunidad. Realizar investigaciones operativas de los problemas de salud locales y regionales. Coordinar con el sector salud en la planificación, ejecución y evaluación conjunta de las acciones de salud a nivel local. Contribuir a elevar el nivel de salud local y regional.

Los cursos que se integraron en el área de Salud Pública. Hicimos el primer curso en el primer año, Situación de Salud, de tal manera que el estudiante supiera cuáles son las características de salud del país, de la región. Hacían como práctica el diagnóstico situacional de una comunidad cercana al Cuzco. Así se podría analizar y ver cuál era la situación de salud en esos tres niveles. El curso de Sociología Médica donde se analizan todos los problemas que tienen relación con la sociedad y la medicina, la violencia en salud, el maltrato, la parte étnica, la relación médico-paciente, la investigación en salud, la alimentación, el alcoholismo; todos esos problemas principales que tenemos en nuestra región. Se implementó también el Quechua Médico I y el Quechua Médico II, para que los alumnos puedan atender adecuadamente a nuestros campesinos que y no sea necesario ir a la comunidad para encontrar a los quechua hablantes. En los hospitales regionales hay muchos pacientes que son quechua hablantes y, en el tercer año, se amplían los fundamentos de la atención primaria desde la salud de acuerdo a la declaración de Alma-Ata.

En las mañanas los estudiantes iban a los establecimientos de salud a hacer todas las prácticas que recomendaba la atención primaria de salud. Los estudiantes iban a trabajar con los niños, las madres y hacían todo el control que los programas señalaban. Teníamos Epidemiología, y se introdujo un curso de Medicina Tradicional, porque tenemos una riqueza en la medicina tradicional en nuestra región. Y se hizo algo nuevo. En los cursos de medicina interna se implementaron Rotaciones de Atención Primaria en servicios de primer nivel, de tal manera que los alumnos de medicina interna hacían rotaciones en los hospitales y también una rotación de atención primaria. Allí veían a los pacientes diabéticos, hipertensos que no estaban complicados, de tal manera que podrían trabajar con este tipo. Igual hacían control de los niños en las otras rotaciones. En el quinto año, un curso de Gestión de Servicios de Salud para enseñar a los estudiantes cómo atender, cómo organizar los servicios de salud en el primer nivel y se hacía la rotación de APS en gineco-obstetricia. Allí hacían la atención de la gestante normal y la rotación de APS en pediatría. Estos jóvenes ya no lo hacían en la

ciudad del Cuzco, sino los llevábamos dos semanas a la comunidad, a establecimientos del primer nivel del sector rural. En el sexto año se hacía el curso de Ética Médica y Legislación Sanitaria y Rotaciones de Cirugía. Además de todos estos cursos de salud pública, también los estudiantes hacían los cursos de medicina interna, de cirugía de gineco-obstetricia, de pediatría y, finalmente, terminábamos en el doceavo ciclo con el Externado Médico y el Internado Rural.

Cuáles eran los objetivos del Internado Rural. Contribuir a una formación médica integral; conocer, además, la realidad social, cultural, económica y sanitaria de las poblaciones rurales, así como también conocer la estructura organizativa y funcional del primer nivel de atención. Porque el primer trabajo que van a tener los jóvenes va a ser en el Serum y ellos van a trabajar en un establecimiento del primer nivel para así contribuir en la mejora del estado de salud de las poblaciones rurales más pobres.

Cómo se organizaba el Internado Rural. El estudiante se convierte en un miembro del establecimiento de salud y participa de todas las actividades del establecimiento, hace atenciones, hace guardias, atiende partos, hace curaciones y también hace actividades preventivas promocionales en el sector rural. El 40% son realizadas en el establecimiento de salud, en el centro de salud y, el 60%, en las comunidades. Los estudiantes realizaban un diagnóstico situacional en la comunidad que sería intervenida. Con el establecimiento de salud y los comuneros elaboran un plan de trabajo que desarrollan durante 3 meses, que es continuado por los alumnos que siguen en la promoción siguiente. El alumno está bajo la tutoría y supervisión del médico del establecimiento de salud y/o del Equipo de Salud (enfermeras, odontólogos biólogos, obstétrices). Y la supervisión la realizamos los profesores del área de salud pública de la universidad. Antes íbamos cada mes, pero ahora por razones económicas, ya vamos cada mes y medio a supervisarlos, a llevarlos y recogerlos de los 3 meses que están en el campo.

Esta era la programación de las actividades para el Internado Rural. Las actividades en el establecimiento eran consultas, un mínimo de 150, y ellos tenían que

anotar el logro que habían realizado y el porcentaje. Hacían guardias. Generalmente iban dos internos de medicina, pero no solamente iban internos de medicina sino también internos de enfermería y de odontología, pues se hace un trabajo multidisciplinario. Hacían atenciones de emergencia a demanda, atención de internados. Había también atenciones en el tóxico, hacían curaciones, debridación de heridas. Hacían trabajos de laboratorio, los más esenciales: examen de heces, de esputo y también de parásitos. Bien, hacían charlas al personal. Una vez a la semana el médico jefe del centro de salud decía “a ver, el doctor interno les va a dar una charla sobre los últimos tratamientos de la hepatitis”, de cualquier enfermedad que se tenía. Él preparaba allí. En una hora y media se reunían con el personal cuando ya no había atención y les daba charlas. Lo que queríamos era recuperar la actividad académica en los establecimientos de primer nivel.

Y en las estrategias de salud se veía el control de la IRA, EDA y CRED, control prenatal, atención de partos. Esto era muy importante porque en los hospitales no atienden los estudiantes de medicina partos, tienen la competencia de los internos, de los residentes, pero allí siempre atienden 10, 15 partos en esos 3 meses, atención del recién nacido, planificación familiar, control de la tuberculosis y de los otros programas y capacitación a los promotores de salud. Los promotores de salud generalmente se reúnen una vez al mes y allí los miembros del establecimiento les dan charlas y piden a los internos de medicina que puedan trabajar. También hacían medicina legal bajo asesoría sin responsabilidad. Les dijimos que no firmen ningún papel en los reconocimientos médicos legales, y eso era a demanda. Hacían las necropsias, porque muchas veces los internos firmaban y a veces venían a la facultad de medicina buscando al interno.

Y las actividades comunitarias. Se elegía en el centro de salud una comunidad piloto de riesgo, la comunidad que tenía mayores problemas de salud, madres gestantes adolescentes, niños desnutridos, alta incidencia de alcoholismo, de violencia familiar. Entonces, todos los estudiantes tenían que ir a esta comunidad dos veces a la semana a hacer la visita casa por casa. Hacen actividades educativas en los

centros educativos, en los clubes de madres, en el club del vaso de leche. Hacían atenciones de acuerdo a la necesidad. Actividades de saneamiento: ver cómo estaba el agua si le habían echado el cloro, ver el cuidado de las casas. Y a veces, el establecimiento no tenía esa comunidad. Un establecimiento en las provincias tiene generalmente entre 20 o 30 otras comunidades donde el establecimiento programa salidas comunitarias y llevan a los internos y se hacen casi las mismas actividades. Se hacen actividades de coordinación multisectorial, se coordina con los colegios, con los directores de los colegios, con la policía y también hacen prácticas de capacitación para toda la población en las radios locales que tiene cada distrito. Se coordina con el municipio y entonces nos dan un espacio, muy temprano o muy tarde, porque los campesinos se van muy temprano al campo y regresan en la tarde. Hacen el diagnóstico comunal como investigación y hacen un proyecto. Todos tienen que hacer un proyecto de investigación, si hay algún problema que está preocupando al establecimiento. Eso se coordina con el centro de salud y ellos dicen queremos que se haga esta investigación y hacen el plan operativo de trabajo comunitario.

Aquí ven a los alumnos en la atención en emergencia, control de CREDE. Allí está el profesor con el alumno, le está enseñando cómo debe hacer el control a un niño. Aquí le está tutorando de cómo debe hacerle el examen al niño. Aquí ya han llevado pediatría y ya los van soltando, están viendo que se están desarrollando. Aquí, en atención de consulta externa, está viendo a una mujer, haciendo cirugía en tóxico, atendiendo al recién nacido. Tuvimos un convenio con la Universidad de Bélgica donde hice mi Maestría de Salud Pública y la profesora me enviaba de Bélgica internos de medicina que trabajaban con nuestros estudiantes. Hacían la atención de partos. La siguiente imagen es de trabajo en laboratorio. Trabajo en el campo, campañas de vacunación en lugares bien alejados con la participación de los estudiantes. Aquí está la capacitación del personal del Centro de Salud por un interno. Participan todos los miembros del Centro de Salud, trabajo con los niños sobre preparación de alimentos con juegos demostrativos. En la sala de espera un interno va preparando información sobre

algún problema de salud. Aquí enseñándoles a lavar las manos, también la preparación de alimentos. Allí está la médico del centro de salud, con la enfermera están trabajando con las poblaciones.

Esa es Pomacanchi en Cuzco. Aquí haciendo un pasacalle por el día de la maternidad con los niños de las escuelas en Acomayo. Aquí el concurso de la casa más ordenada y limpia, porque a veces las casas son muy desordenadas y no limpias. Aquí han preparado una refrigeradora ecológica con el frío que hace y esta se protege, tiene mejores condiciones. Este es un concurso que se hace frecuentemente. Preparación de letrinas con recursos de la comunidad. Investigaciones sobre el estado nutricional. La última la están haciendo sobre Covid. Estos son los pueblos, este es Paucartambo un pueblo chiquito que está camino a Ancopata, hacia la selva, allí está el río. Este es otro pueblo, Quiquijana, donde tenemos nuestra sede al borde del río Urubamba, y de allí en adelante hay muchas comunidades. Este es Ocongate, donde han construido ahora la vía transoceánica que va hasta Brasil, y donde también tenemos otra sede. Ocongate tiene cerca de 30 comunidades y aquí hemos elegido Patapalpa Alta para la práctica de desarrollo en esa comunidad. Más de 30 años que venimos trabajando, porque el internado rural lo comenzamos con la primera promoción en 1988. Allí hacen su mapeo los estudiantes de las casas, el botiquín comunal, la casa hablada, la casa habitada, la casa promotor, el río, el camino.

Este es el centro de salud de Paucartambo y allí la cooperación alemana, la GTZ, nos construyó el módulo docente donde viven los estudiantes. Tiene 3 dormitorios, tiene su baño, su cocina, su comedor, una salita y una biblioteca. Ahora hemos implementado una computadora. Entonces, los primeros en atender a los pacientes están aquí en el centro de salud. Este es otro módulo, en el segundo piso, viven los internos y, en el primer piso, los médicos y las enfermeras y obstétricas, el personal de salud. Muchos creen que el Cuzco es sierra, pero esta es la zona de Pilcopata, la entrada de donde los estudiantes van también, pues

tenemos una sede, a vacunar. Y también tenemos nevados, en las alturas de Paucartambo, donde los estudiantes también van, y los internos van a trabajar con las poblaciones de estas zonas, poblaciones en plena nieve. Esas son actividades que realizaron, en un estudio que hice de 1995 al 2005, visitas domiciliarias, investigaciones, atenciones, capacitaciones. Igual, cuántos manantes de agua se pusieron, una letrina construida, una letrina usada. Eso lo hicimos cuando teníamos el apoyo de la GTZ que nos daba un presupuesto para ayudar a proteger, a construir letrinas y ver si estas letrinas eran usadas. Esto es cómo evalúan los campesinos, cómo apreciaban el trabajo de los internos, era bueno.

El establecimiento también evaluaba positivamente a nuestros estudiantes. Valoraban los internos al internado rural como bueno, 51%, excelente 30%, malo 2% y regular un 29%. Y estas son las actividades que se realizan, y los aspectos que han mejorado su rendimiento. Tuvimos el apoyo de la cooperación técnica alemana y del Ministerio de Economía y Finanzas. Y los logros: la tasa global de fecundidad ha disminuido notablemente, la tasa de mortalidad materna, de 89 muertes que teníamos en 1998, ahora la más baja que fue 17 el 2006, y ahora estamos en 25-21. Esto no ha sido solo por nosotros, pero creo que hemos puesto un grano de arena. Hay que vencer la ideología médica, predominantemente recuperativa, hospitalaria y urbana. La universidad tiene escasos recursos económicos para sostener la experiencia.

Retos. Quisiéramos que participen las otras carreras, como antropología, agronomía, zootecnia, ingenierías, etc. Y este es un mensaje que envía un interno que es muy interesante. El internado rural es una etapa que nos brinda la oportunidad de captar en forma directa la realidad de nuestra sociedad, la que muchos creemos conocer; sin embargo, este concepto cambia cuando al dar la vuelta de un cerro, uno se encuentra con un mundo diferente, otra cultura, otras formas de pensar, otras costumbres, formas diferentes de ver la vida y donde existen problemas no percibidos por nuestra visión miope. Muchas gracias