

Atención primaria de salud y educación médica

Dr. Santiago Saco Méndez¹

Primeramente, quiero agradecer a la Academia Nacional de Medicina por esta invitación que me hacen para presentar la experiencia que tenemos en el Cuzco en la formación de médicos con la enseñanza de la atención primaria de la salud en la comunidad.

Presentamos esta primera lámina para señalar que la Universidad San Antonio Abad del Cuzco fue la tercera universidad, fundada en el Perú en 1692. Este es el local central que tiene actualmente la universidad, el único local durante muchos siglos, que fue el Convento de los Jesuitas, porque esta es la iglesia de La Compañía de los Jesuitas, y actualmente aquí funciona la Escuela de Post Grado de la universidad. Y quiero decir también, aprovechando esta imagen, que la experiencia que estoy presentando no es el trabajo de una sola persona. Es el trabajo coordinado de la Región en Salud, del Gobierno Regional, de EsSalud, las redes de salud y de la Universidad, sus rectores, los decanos de la Facultad de Medicina y de los profesores y estudiantes. Es un trabajo conjunto multidisciplinario.

¿Cuál era el problema que teníamos nosotros en el Cuzco y tenemos en la formación médica? Actualmente la enseñanza de la medicina es totalmente curativa, recuperativa, esa es la tendencia que tiene casi

la mayoría de las universidades y las escuelas de medicina. Y esta se desarrolla generalmente en ámbitos urbanos de segundo y tercer nivel de atención y en las escuelas y laboratorios universitarios, y ha dejado de lado las actividades preventivo-promocionales, los establecimientos del primer nivel y la comunidad.

Nosotros fuimos creados en 1977 por el CONUP, aquella institución del gobierno militar del General Velazco que, haciendo una selección específica, dio autorización para que pudiera funcionar una universidad y una facultad de medicina. Y nacimos en 1977, año en que se aprobó la creación de la Escuela de Medicina en la Universidad del Cuzco. Tuvimos también la suerte de nacer un año antes de la atención primaria de la salud. Y nacimos con esta declaración que hizo el equipo de educación médica de la OPS en Bahía, Brasil en 1979 en la que señalaban que “El fin último del sistema de formación de recursos humanos para la salud no es formar profesionales, sino mejorar la salud de la población”

Bajo estos dos conceptos nosotros comenzamos las actividades de educación médica en el Cuzco en 1980. La UNSAAC, asesorada por la Oficina Panamericana de Salud, buscó y busca formar un médico integral

¹ Médico cirujano especialista en medicina interna por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, maestro en salud pública por la Universidad Peruana Cayetano Heredia, director del Departamento Académico de Medicina de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cuzco, doctor en medicina por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos

que sepa de la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud. En el plan curricular se consideraron tres ejes principales. Como primer eje, las Ciencias Básicas y Clínicas: anatomía, fisiología, bioquímica, farmacología, patología; las ciencias médicas, pediátricas y quirúrgicas. Como segundo eje, la Investigación. Tercer eje, la Salud Pública. Pensábamos que todos los cursos deberían terminar con una investigación y la salud pública. Integramos la salud pública en la mayoría de los cursos médicos y se propuso el uso de todos los establecimientos de salud en sus diversos niveles, tanto urbanos como rurales. Así pues, tenemos alumnos que hacen rotación en hospitales de segundo y de tercer nivel en la ciudad del Cuzco, pero también la hacen en la parte periférica del Cuzco en establecimientos del primer nivel y en la zona rural de nuestro departamento donde trabajan en las comunidades bajo el lema de aprendizajes en el trabajo de los estudiantes.

¿Cómo se hizo? Primero, hicimos un diagnóstico de la situación social, económica, cultural y de salud a nivel regional y local. Analizamos cuáles eran las características de la población del Cuzco y elaboramos un perfil profesional, un plan curricular y un plan de estudios para formar los médicos que nuestra región necesitaba.

Nuestra realidad rural, a fines de 1970 y principios de 1980, era que teníamos una población predominantemente rural, el 58% de población. Esta población rural tenía coberturas bajas en vacunación. Un 11.7% de las viviendas tenía agua potable, un 7% contaba con alcantarillado y el 94% no tenía electricidad. En un 37% eran analfabetas las personas mayores de 15 años. Estos son datos del Ministerio de Salud de 1981 y del Mapa de la Salud en el Perú del Banco Central de Reserva.

Las IRAS y las EDAS eran las primeras causas de morbilidad y mortalidad infantil. La desnutrición crónica era altísima en un 50% de los escolares. Nosotros, ya años después, hicimos una investigación con los estudiantes de medicina en el campo, en el Valle Sagrado de los Incas y encontramos una desnutrición de 55%. En esa misma época la GTZ, que trabajaba en la Dirección Regional de Salud, hizo también otra encuesta y encontró las mismas cifras en toda la Región, con lo que nos hizo ver que la desnutrición

crónica era un problema importante en nuestra zona. La tasa de mortalidad infantil era de 149.5 y la tasa de fecundidad global de 6.3. La esperanza de vida lamentablemente era de 44.1 años y había menos de un cuarto de médicos por cada mil habitantes.

Cuando yo fui a hacer el Secigra en 1978, encontré que yo era el único médico en la provincia de Urubamba y en Calca, otra provincia cercana; un colega mío, compañero de promoción, era el otro. En dos provincias solo había dos médicos. También esto es fuente del Ministerio de Salud y del Mapa de la Salud del Banco Central de Reserva del Perú.

¿Cuáles fueron los principios de la educación médica en la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cuzco? Primero, el dominio del método científico, una educación para la investigación y un contacto precoz y sostenido con la comunidad. Como vamos a ver más adelante, el estudiante tiene un contacto precoz con la comunidad. Enseñamos a aprender a aprender, es una nueva filosofía la de que el estudiante aprovecha sus años en la universidad para aprender a aprender y la enseñanza-aprendizaje en el trabajo. Los estudiantes en las mañanas están en todos los establecimientos de salud del tercero, del segundo y del primer nivel haciendo su práctica de los diferentes niveles de atención, y en las tardes van para recibir las clases teóricas a las aulas universitarias. También pusimos énfasis en el estudio multicausal de la salud y enfermedad. No es solamente porque entra un germen sino que hay que ver los determinantes sociales de la salud y la enfermedad. Y se vio un trabajo multidisciplinario. Muchas de las prácticas que se realizan en el campo se hacen con las disciplinas de enfermería y odontología, que son las otras carreras médicas o ciencias de la salud que tenemos en el Cuzco. Hay integración docente asistencial, porque utilizamos los servicios del Ministerio de Salud y de los médicos y el personal docente que trabaja en los establecimientos de salud tanto del primero como del segundo y tercer nivel.

El objetivo de la Facultad de Medicina de la UNSAAC era formar un médico, agente de cambio social con vocación de servicio y alto sentido moral. Un médico con visión integral del ser humano en lo biológico, psicológico, social y en interrelación con el medio ambiente.

Es nuestro propósito formar médicos integrales capaces de resolver problemas de salud de la persona, la familia y la comunidad con acción multidisciplinaria e intersectorial, trabajando con los diferentes sectores, sobre todo los educacionales y agrícolas que conforman las comunidades campesinas.

Es preciso tomar decisiones sobre la salud, la vida, la enfermedad y la muerte en nuestra cultura. La vida, la enfermedad y la muerte en nuestra cultura son muy diferentes a las de las ciudades. Cuando uno ve a un anciano o a un niño que está grave y les dice a los padres “es necesario llevarlo al Cuzco para que lo atiendan mejor porque aquí no tenemos los equipos”, nos responden: “No, doctor, mejor aquí nomás”. Porque ellos están pensando otra cosa, como cuánto me costará ir al Cuzco, dónde me voy a alojar, dónde voy a comer. La situación en las ciudades es muy diferente a la realidad en el campo.

Debo referirme también a otras actividades, como son las acciones de promoción, prevención y educación para la salud en la comunidad; asimismo, realizar investigaciones operativas de los problemas de salud locales y regionales. Eso lo vamos a explicar más adelante. Hay que coordinar también con el sector salud en la planificación, ejecución y evaluación conjunta de las acciones de salud a nivel local; por último, contribuir, poner un granito de arena para elaborar el nivel de salud local y regional, sobre todo del sector rural.

Los cursos. Ahora voy a hablar solamente de los cursos del área de salud pública. No voy a hablar de los cursos de clínica, porque ustedes ya conocen eso: biología, farmacología, anatomía, fisiología, etc. El primer año les ponemos el curso de Situación de Salud a los recién llegados. En este curso ellos aprenden a analizar las características sociales, culturales y económicas del Perú, de la Región y de una comunidad. Ellos hacen una práctica, se les asigna una comunidad para que hagan el diagnóstico de la situación de esa comunidad, y presentan sus resultados comparando con lo que pasa a nivel nacional y a nivel regional.

En el siguiente semestre, Sociología Médica. En ese curso se analiza lo que encontraron los estudiantes en el primer semestre. Allí se analizan las características sociales de la comunidad, la interculturalidad. Se analiza la violencia en salud, el uso de las drogas, la

alimentación, el género, la investigación, la educación médica y la relación médico-paciente. Durante los primeros años los vamos adiestrando en la situación que deben colocarse frente al paciente.

La Instrucción Básica Media es un curso que prepara a los estudiantes en las primeras actividades de atención a los pacientes. Por ejemplo, ellos hacen vacunaciones, toma de presión, reanimación de los pacientes.

En el segundo año hacemos un curso de Atención Médica Intercultural. Este curso antes se llamaba Quechua Médico. Queríamos que los estudiantes supieran hablar el quechua con los pacientes. Pedimos el curso y nos mandaron al departamento de lingüística. Ellos venían con un acervo de fonética y gramática, no tanto de hablar. Hace unos años decidimos cambiar este curso y denominarlo Atención Médica Intercultural. ¿Qué hacen allí? El profesor les enseña desde la llegada, el saludo que deben dar a los pacientes, cómo se hace una anamnesis en quechua, cómo se hace un examen clínico en quechua, cómo se le dice al paciente su resultado, cómo se le indica el tratamiento. Todo en quechua, y también se habla de aspectos de interculturalidad. Esto ha mejorado mucho, y ahora los alumnos salen aprendiendo el quechua.

En el tercer año tenemos el curso de Atención Primaria para la Salud, donde se enseñan los fundamentos de la atención primaria, cuál fue el origen de Alma Ata, y también se les enseña toda la parte de la aplicación de atención primaria en el primer nivel. Los estudiantes van a diferentes centros de salud del Cuzco, donde hacen atenciones en pediatría, atención a la mujer, al control de parto normal, de las principales enfermedades, el IRA el EDA esencialmente, y hacen vacunaciones. Es un curso muy importante para que los estudiantes tengan un primer contacto con los servicios de salud de la localidad.

Cuarto año. Hacen curso de Epidemiología y también tenemos un curso de Medicina Tradicional. Nuestra cultura es rica en el aporte de diferentes prácticas y recursos de la medicina tradicional. Y también se hace una rotación de atención primaria en medicina interna. Ya los estudiantes de medicina interna, de cardiología, neumología, no solamente hacen rotaciones en los hospitales, sino que van a un establecimiento periurbano del Cuzco y allí hacen la atención, por

ejemplo, de un hipertenso que no está complicado, de un diabético que no está complicado, de una gestante que está normal. Entonces esto nos ha servido para que los estudiantes estén más cerca de los pacientes no graves, los pacientes más comunes, porque los más graves representan el 2% de la población.

En el 5to. año hacemos el curso de Gestión de Servicios de Salud para trabajar en establecimiento de primer nivel. El primer trabajo de los estudiantes va a ser en el internado rural. Allí hacen un plan de trabajo. Van a trabajar con la comunidad piloto y, cuando después vayan a hacer el Serum, también van a hacer una gestión de servicios de salud, y se hace la rotación de atención primaria en gineco-pediatría. Se los lleva al campo a los estudiantes para que realicen atenciones de partos y atenciones a los recién nacidos en el establecimiento de salud.

En el 6to. año hacen Ética Médica y Legislación Sanitaria y la rotación de APS en Cirugía. Y en el segundo semestre del 6to. año se hacen dos cursos muy importantes: el Externado Médico y el Internado Rural. En el Externado Médico el estudiante está durante 3 meses en un establecimiento periurbano del Cuzco donde, con el apoyo de un profesor contratado por la universidad, van viendo a los pacientes en el establecimiento del primer nivel. Esto es, la mitad de la misma promoción se va de Externado Médico y la otra de Internado Rural, y permanecen en un establecimiento fuera de la ciudad.

¿Cuál es el objetivo del Internado Rural? Contribuir a la formación médica integral, conocer la realidad social, cultural, económica y sanitaria de las poblaciones rurales, conocer la estructura organizativa y funcional del primer nivel de atención, contribuir a la mejora del estado de salud de las poblaciones rurales más pobres. Cómo está organizado. El estudiante se convierte en un miembro del establecimiento de salud y participa de todas las actividades del establecimiento. Las actividades que realiza son de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de salud; el 40% de las actividades son realizadas en el establecimiento de salud y un 60% en las comunidades.

Dentro de las actividades comunitarias, los estudiantes realizan un diagnóstico situacional en la comunidad piloto

que va a ser intervenida. En estos establecimientos de salud elaboran con los comuneros un plan de trabajo que desarrollan durante 3 meses y que es continuado por los alumnos de la promoción siguiente. El Internado Rural no para, cada 3 meses estamos llevando y recogiendo a los internos durante todo el año. El alumno está bajo la tutoría y supervisión del médico del establecimiento de salud y/o del equipo de salud. Con las enfermeras ven crecimiento y desarrollo; odontólogos también ven, porque tenemos internos también de odontología. Con los biólogos hacen el trabajo de laboratorio y, con las obstétricas, la extensión del parto. Y nosotros realizamos supervisiones. Primero, los dejamos, los instalamos, les indicamos la orientación para su trabajo; un mes y medio después los vamos a supervisar, y 3 meses después llevamos a los otros internos que relevan a los internos que están ahora.

Esta es la programación de las actividades de los internos. Hay actividades en establecimiento de salud que son consultas, guardias, atenciones de emergencia, atenciones de internados, atención de tóxico, laboratorio y charlas al personal. Esta es una cosa muy importante. El médico le puede pedir al interno que vaya a dar una charla de las nuevas cepas del coronavirus. El interno se prepara, busca en internet, reúnen al personal, les da la charla y hay preguntas del personal. Queremos reactivar, hacer actividad académica en los establecimientos del primer nivel.

También hacen estrategias de salud. Hacen control de EDA, IRA y CRED, control prenatal, atención de partos, atención del recién nacido, planificación familiar, control de tuberculosis, otros programas y capacitación a los promotores. El centro de salud tiene un promedio de 30 a 40 promotores porque son muchas las comunidades que existen y ellos se reúnen una vez al mes. Van al centro de salud y se reúnen. Ya tienen una programación y el médico les pide a los internos que hagan alguna capacitación.

Y en la parte médico-legal, hay reconocimiento médico-legal y necropsias, pero bajo asesoría y sin ninguna responsabilidad. Allí les decimos que no firmen ningún papel porque ya hemos tenido casos en los que después el Poder Judicial va a la universidad pidiendo, buscando al interno. Tenemos que explicarles que ellos son alumnos y nada han tenido que ver.

Y esas son las Actividades Comunitarias. Se busca una comunidad que tiene mayor problema de salud en cada una de las sedes. La que tiene menos cobertura de vacunaciones, la que tiene mayor número de desnutridos, la que tiene embarazos en adolescentes. Entonces, esa es nuestra comunidad piloto. Allí los alumnos hacen su plan de trabajo y van con mayor frecuencia. Van dos veces a la semana, donde hacen visitas domiciliarias buscando si hay pacientes que atender, dando recomendaciones, charlas, actividades educativas; hacen, asimismo, atenciones, actividades de saneamiento ambiental, supervisión a los promotores de salud y también hacen campañas. Ahora están trabajando en las campañas de vacunación contra el Covid. Pero el centro de salud no solamente trabaja con esta comunidad piloto. Ellos tienen como 30 o 40 comunidades y de allí sale todo el establecimiento; van médicos, obstetrices, odontólogos, se hace una atención integral completa en los centros de salud.

También hacen Actividades de Coordinación Multisectorial. Por ejemplo, tenemos que coordinar con la policía, con las escuelas para decir que los estudiantes van a hacer trabajo con los alumnos escolares, y también tenemos programas radiales. Cada distrito, en el sector rural, tiene una radio local y con ella coordinamos para que los estudiantes vayan a dar charlas. Ahora están insistiendo mucho en el Covid y se hace una investigación y un diagnóstico comunal. Hay ahora un proyecto de investigación y están haciendo un plan operativo para el trabajo comunitario. Y vamos ahora a ver las imágenes. Hacen atenciones de emergencia, atenciones en el tóxico. Este es un paciente que sufrió quemaduras y estuvo en el Cuzco, después lo volvieron a su comunidad y va al centro de salud para que le sigan atendiendo. Hacen control de crecimiento y desarrollo. Aquí hacen la atención, allí está el profesor y allí está el alumno. El profesor va dirigiendo cómo examinar, como hacer la auscultación, el examen clínico, la anamnesis del paciente. Poco a poco lo van soltando y ya el alumno va haciendo solo la atención con los pacientes, utilizando el quechua, pues allá la gran mayoría son quechuahablantes. Hacen atenciones en tóxico, curaciones, suturas de pequeñas heridas. Aquí los estudiantes están atendiendo. Aquí están atendiendo un parto bajo la dirección de la obstetrix. Hacen atención al recién nacido. Nosotros estuvimos durante más de 15 años recibiendo internos

de medicina de la Universidad de Lovaina en Bélgica, donde yo hice mi maestría en salud pública, y la profesora me dijo una vez “dame experiencias de salud pública que hayan realizado ustedes en su país”. Yo presenté el internado rural y a ella le pareció interesante y me dijo: “¿Puedo mandar a mis estudiantes?”. Le respondí que sí, con mucho gusto, pero que yo tenía que hablar con las autoridades del Cuzco. Ella misma vino al Cuzco, fuimos a las diferentes sedes y durante 15 años tuvimos a estas internas. Aquí van haciendo laboratorio bajo la supervisión de la bióloga de las investigaciones que realizan de problemas de áscaris, de problemas de diferente tipo. Hacen campañas de vacunación en lugares muy alejados. Aquí esa niña está vacunando a un niño. Hacen la capacitación al personal del centro de salud que les hablé. Una interna le está hablando acerca de algún problema que han seleccionado. Hacen trabajo en las escuelas con los niños, demostración de la alimentación saludable con las internas.

El internado generalmente se realiza en medicina, enfermería y odontología. Aquí el interno a los pacientes les está explicando, les está dando algunos consejos de salud aprovechando el tiempo, y aquí están haciendo la capacitación a los promotores de salud sobre diferentes aspectos. Aquí los internos están en los colegios enseñándoles a lavarse las manos. Aquí han hecho el rincón del aseo en cada vivienda. Se les ha conseguido pasta dental y cepillo para que se laven y se cepillen. Aquí está haciendo una charla de alimentación saludable. Aquí está la médico con la enfermera y los internos que están haciendo esta capacitación. Esta es la población de Pomacanchi.

Veán cómo hacen visitas domiciliarias. Los parientes de esta enferma van y piden que vayan los médicos. Ellos van a visitarlos, y los auscultan la estudiante de enfermería y los estudiantes de medicina.

También hacen pasacalles, por el día de la maternidad saludable, a nuestros internos y hacen concurso sobre cuál es la casa más limpia y organizada. Vemos aquí que destinan un lugar ya para poner sus tazas, sus cubiertos. Y estas son sus refrigeradoras ecológicas. Con este plástico las tapan y conservan sus alimentos. Con el frío que hay en esas comunidades se mantienen muy conservados.

Se han construido letrinas con el apoyo de la GTZ. Se conseguía cemento para completar el trabajo que generalmente se realiza con los recursos de la localidad. Se ve la captación de manantiales, si tienen o no los reactivos para dar una adecuada distribución de agua, que no sea agua solamente conectada sino que tenga características saludables.

Otro aspecto muy importante es la investigación. Es bien importante hacer la investigación sobre los principales problemas de salud de la comunidad. La investigación es coordinada con el personal de los establecimientos. Se determina la instalación de los internos, y con la supervisión se ve el avance de la investigación y se evalúa cuándo se los recoge. La investigación es realizada en conjunto por todos los internos: de enfermería, odontología y medicina.

Estos son los pueblos. Este, por ejemplo, es Paucartambo con su río Mapacho. Este es Quiquijana, y de aquí salen a diferentes comunidades. Vean los caminitos por los cuales se comunican con ellas. Ocongate es otro pueblo que tiene un montón de comunidades. Como ven acá, hay como 30 comunidades; nosotros, en aquella oportunidad, elegimos Patapalpa Alta. Los estudiantes iban caminando para hacer sus actividades con la comunidad de Patapalpa Alta. Y allí hacen un croquis de las casas donde está el botiquín comunal, donde está el promotor de salud. Hay casas que están cerradas, que no tienen gente. Este es el Centro de Salud de Paucartambo y este es nuestro módulo donde viven los estudiantes. Nos lo construyó la GTZ. Tiene 3 dormitorios, un comedor, una sala-comedor, una biblioteca, un baño y una cocina donde pueden preparar los estudiantes sus alimentos. Ellos están listos, constantemente son los primeros en acudir para atender a cualquier paciente. Aquí hay otro módulo en otro sitio. Abajo vive el personal de salud y arriba viven los internos.

Muchos creen que Cuzco es solamente sierra, pero la mitad del Cuzco es selva. Aquí un estudiante ha ido a una comunidad del Bajo Manu de Pilcopata donde ha ido a vacunar en estas condiciones.

Y estos son los resultados de una encuesta que hicimos en el año 1995 a 10 años. Se habían hecho 3500 visitas comunitarias, visitas domiciliarias 13000, investigaciones 270, atenciones 22000 y capacitaciones

6000; manantiales de agua protegidos 124, letrinas construidas 423, letrinas usadas 419. Atenciones 157000, control prenatal a 13900 mujeres, CREDE 29000, partos 1400, necropsias 1576.

Hicimos también una investigación sobre cómo era el trato de los estudiantes con los campesinos. La encuesta fue dirigida a los campesinos. La gran mayoría (84%) dijo que eran amables, un 5% dijo que eran poco amables, un 7% indiferentes y el 1% no respondió. En otra encuesta sobre el trabajo de los internos, el 64% dijo que era bueno y el 20% que era muy bueno. En total muy bueno, aunque había regulares y malos también. Hicimos una encuesta a los trabajadores de salud del establecimiento. Ellos dijeron que aumentaba el trabajo en equipo un 84%, aumentaba el gusto por enseñar el 92%, aumentaba el trabajo comunitario 92%, mejoraba el trato a los pacientes 92%, mejoraba la calidad de la atención 100%.

Hicimos una encuesta sobre la valoración del internado rural por los estudiantes. Un 51% dijo que era bueno, un 30% dijo que era excelente. Un 2% dijo que era mala y un 17% que era regular. En total tenemos que para el 81% era entre bueno y excelente.

¿Qué actividades realizaron en el Internado Rural? Voy a ir más rápido porque creo que ya se me está acabando el tiempo. Hicieron programas radiales de capacitación, campañas de salud, capacitación al personal en el establecimiento de salud, educación sanitaria a la comunidad, actividades de saneamiento ambiental, visitas domiciliarias, actividades preventivo-promocionales, relación médico-legal, atención de emergencia, estrategias de salud del MINSA, atención de internados, atención en consultorios.

Hicimos preguntas a los alumnos sobre las experiencias aprendidas y obtuvimos respuestas como "perfeccionar mi quechua, aprender la medicina legal, entender el proceso salud-enfermedad en el mundo rural andino, tengo una idea clara de los cursos de salud pública, aumentó mi comprensión sobre el sentido social de la medicina, he logrado mayor confianza en mí mismo, ha aumentado mi curiosidad para investigar, coordinar el trabajo con otros sectores, conocer y valorar la medicina tradicional, aprender a trabajar en comunidades; conocer, valorar y respetar el trabajo del equipo, tomar decisiones; es muy importante el aprender a trabajar en

equipo, conocer el primer nivel de atención y conocer la realidad rural de la región”.

Tuvimos apoyos. Desde el año 80 que empezamos al 85, ese trabajo lo realizamos solamente con la Universidad, el apoyo del MINSA y alguna ONG. A partir de 1986 hasta 1996, tuvimos la suerte de conseguir, tras todo un trámite que demoró hasta 1980, que la GTZ-Cooperación Técnica Alemana nos ayudara a consolidar las actividades comunitarias: el trabajo urbano marginal y rural. Y después el Ministerio de Economía y Finanzas, a través del Programa PL 480, apoya los programas de salud comunitaria de la Facultad de Medicina desde 1995 hasta el año 2004. Del 2004 hasta la fecha seguimos solamente con el apoyo del MINSA, que nos da el campo clínico, y con el apoyo de la Universidad.

La mejora de la situación de salud. Miren cómo la tasa global de fecundidad ahora es 2.8, la tasa de mortalidad infantil que era 150 ha bajado a 35. La esperanza de vida ha mejorado a 73 años cuando antes era menos de 40, y a 67 en los hombres. La cobertura de vacunas está en un promedio de 95%, la mortalidad por IRAS y EDAS ha disminuido. La desnutrición crónica estaba en más del 50% y ahora se encuentra en un 18%.

Una cosa importante es que se ha reducido la muerte materna. En 1998 teníamos 89 muertes maternas y, a raíz del parto intercultural y las casas de espera, hemos ido reduciendo en estos años. En 2018 hemos tenido 21 muertes maternas todavía que lamentar.

Si bien es cierto que en la mejora de estos indicadores intervienen una serie de factores -como educación, saneamiento básico, electricidad, servicios de salud, los programas del Estado-, consideramos que las actividades realizadas por la Facultad de Medicina y sus egresados han contribuido en estos logros.

Dificultades a vencer. Vencer la ideología médica predominante: trabajo recuperativo, hospitalario y urbano. Y lo que nos ha dejado ver ahora la pandemia, como decía la Dra. López: no le hemos dado hasta ahora la importancia debida al primer nivel.

Escasos recursos económicos de la Universidad para sostener la experiencia. Antes hacíamos una supervisión cada mes, ahora por esto solamente lo hacemos a la mitad de la práctica.

Cambios frecuentes en el sector Salud, por lo cual directores cambian cada 3, 4, 5 meses y hay que explicarles nuevamente en qué consiste su tarea.

Retos. Consolidar la enseñanza de la atención primaria de la salud en medicina. Últimamente la hemos consolidado. El año pasado hemos hecho una reestructuración del plan curricular y se ha reforzado la enseñanza de la atención primaria de la salud. Y lo que queremos es buscar la participación de otras escuelas: antropología, agronomía, zootecnia, ingenierías, etc., en este trabajo comunitario, con el fin de buscar una solución integral a los problemas de salud, que no solamente son de salud sino de otras disciplinas.

Y finalmente quisiera decirles que los estudiantes dejan mensajes en sus informes. Y aquí hay un bonito mensaje de la señorita Yamith Soto que era interna de medicina en Pilcopata. Lo leo: “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.