

¿ES ACASO NECESARIO MODIFICAR EL HORIZONTE DE LA MEDICINA?

El primer Congreso Mundial de Educación Médica se realizó en Londres en 1953. Don Alberto Hurtado Abadía asistió como representante de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Las experiencias adquiridas en ese evento fueron materia de una conferencia en dicha universidad, que fue publicada en los anales de la Facultad de Medicina<sup>(1)</sup>. En su presentación, el profesor Hurtado realizó una síntesis de los problemas de la educación médica de aquel entonces. Todos estos aún tienen una plena actualidad. Cito unos párrafos que confirman esta afirmación:

“Para los críticos más optimistas, o quizás más ponderados, la educación médica atraviesa hoy día por una etapa de transición. Para los más, el período actual es de evidente crisis. Pero todos, sin excepción, están de acuerdo en indicar la urgente necesidad de una reforma...”.

“[...] este pensamiento insinúa la conveniencia de una cultura general,

tanto más necesaria cuanto que el médico está llamado a desempeñar un rol elevado en el entendimiento, cuidado y felicidad del principal actor en el escenario de la vida”.

“[...] Estos hechos han complicado seriamente la educación médica. Ellos significan un enorme aumento de conocimientos que tienen que ser absorbidos por el estudiante durante un tiempo de estudios cuya duración no ha sido modificada proporcionalmente”.

En los siguientes años, se sucedieron varios congresos, que culminaron con la creación de la World Federation for Medical Education (Federación Mundial para la Educación Médica) en 1972. Dicha institución ha sido reconocida universalmente como el centro rector de esta disciplina<sup>(2)</sup>. Actúa en coordinación con la Organización Mundial de la Salud, con la cual comparte sus objetivos. La WFME ha desarrollado criterios para sistematizar y asegurar la calidad de programas de pre y posgrado de Medicina.

---

1 Guerra García (1953).

---

2 Para mayor información, se puede consultar su página web: [www.wfme.org](http://www.wfme.org).

Debo señalar que desde hace varios años, profesores de Medicina norteamericanos, en las conferencias anuales de la sociedad médica de Massachusetts<sup>(3)</sup>, afirman la necesidad de reformar la educación médica, y rechazan el mercantilismo como intermediario en nuestra actividad profesional. Siguiendo su propuesta, me permito resaltar algunos conceptos que pueden ser aplicables a nuestra facultad de Medicina. Además, ellos proponen preservar los principios clásicos de la relación médico-paciente. Esta es una contribución para la necesaria renovación de la docencia médica en Cayetano Heredia, y debe ir relacionada con una forma más amplia del vínculo entre médico y paciente, tal como es conceptualizada ahora.

El campo de la medicina debe asumir la responsabilidad de acercarse al concepto de “salud para todos”, que va en paralelo al derecho a la salud. En relación con ello, se debe anotar que la medicina tiene como fondo y como forma un quehacer esencialmente humanitario. En mi presentación, hago énfasis en las dificultades existentes en nuestra profesión; pienso que es indispensable hacerlo, antes de considerar los cambios que debe sufrir la educación médica. Entiendo que la crítica a los problemas de nuestra profesión no debe ser negociable.

En la actualidad, vivimos aceptando tácitamente unas premisas que distorsionan la razón de ser de los médicos; estas son de

---

3 Arky (2006), Fineberg (2012), Frist 2005, Truog (2012) y McNeil (2001).

conocimiento universal. Sin embargo, no deberían ser aceptables por los profesionales que ejercemos la medicina. Más bien, considero necesario retomar la esencia que tuvo nuestra profesión desde sus orígenes, con el juramento hipocrático como eje de nuestro ideal de vida, pero con una actualización de sus lineamientos. De acuerdo con esta perspectiva, la profesión médica se ejerce bajo los siguientes principios:

- Buscar el bienestar del ser humano.
- No hacer daño.
- Aceptar la ignorancia: el conocimiento médico debe ser revalidado constantemente.
- La medicina no es una ciencia exacta.
- No hay enfermedades: hay enfermos.
- Lucrar no es compatible con el ejercicio sano de la medicina.
- No se debe atentar contra la vida humana.
- En el ejercicio de la medicina, no existen diferencias religiosas, étnicas, económicas, sociales ni de sexo (masculino, femenino u homosexual).
- Somos responsables de velar por la salud de la sociedad.

En la época actual, nuestra profesión ha sido invadida por el mercantilismo, ese que abruma el quehacer humano. En ese contexto, la medicina ha sido convertida en un objeto comercializable; el éxito lo han convertido en rentabilidad. Este fenómeno ha ocurrido con nuestra anuencia y, en muchas oportunidades, ha estado auspiciado por miembros de nuestra

orden. Se debe agregar que existe plena conciencia del abuso que cometen demasiados médicos, que utilizan la pantalla de su vestimenta blanca para lucrar. No obstante, es necesario hacer este deslinde: el accionar de pocos ha hecho que esta inconducta sea descrita como general; y, por tal razón, se justifique la presencia de intermediarios en el ejercicio de nuestra profesión. Lamentablemente, se usa la excepción como bandera para hacer desaparecer la libertad que subtiende el ejercicio de nuestra profesión, reemplazándolo por un libertinaje económico.

Debo hacer explícita la existencia de una intromisión comercial en nuestra actividad profesional, a través de la compra y la venta de servicios médicos como el común denominador de nuestro futuro. Esta situación no cuenta con el beneplácito de nosotros, como cuerpo social. No deben contar con la aprobación de nuestra alma mater universitaria. Debemos tener cifras referenciales para la compensación económica por la actividad médica, y estas deben ser renovadas periódicamente, a fin de defender los niveles de remuneración por el trabajo profesional, sin que sea necesario propiciar el desorden social para lograrlo. Las reglas del libre mercado no han sido eficaces para normar nuestra actividad profesional, ni a nivel público ni privado.

En ese sentido, es evidente que la forma de ejercer la medicina libremente pertenece a la historia. Los pacientes acuden a las

instituciones médicas para ser distribuidos entre médicos a los que no conocen.

Sin embargo, un factor que se debe resaltar como beneficioso para la sociedad es el hecho de haber conseguido la libertad y el derecho de solicitar información complementaria con respecto a su enfermedad. Además de la información que está obligado a ofrecer al inicio y al final del acto médico, el doctor debe resolver las interrogantes. En relación con ello, se debe considerar que el paciente solo puede actuar con libertad para elegir si tiene el conocimiento de las opciones posibles.

Existen funciones que deben ser asumidas por la medicina; son necesarias para ejecutar el concepto del derecho universal a la salud.

La metodología de prevención primaria en salud permite diseñar programas para intentar lograr la meta de salud para todos (gráfico 1).

GRÁFICO 1

## PREVENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

### PRIMERA FASE:

Identificación de los problemas

### SEGUNDA FASE:

Analizar las opciones conceptuales, técnicas, y prácticas

### TERCERA FASE:

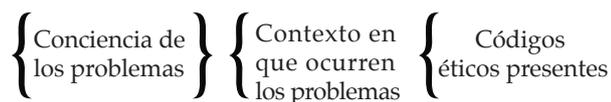
Elección del programa de acción

### CUARTA FASE:

Implementar y monitorear el programa

### QUINTA FASE:

Evaluar los resultados



**ORIENTACIÓN PARA LA PRÁCTICA DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA**

### RESPONSABILIDADES

Profesional

↓

Científica

↓

Cívica

FUENTE: BLOOM (1996: 11, FIG. 1.3.)

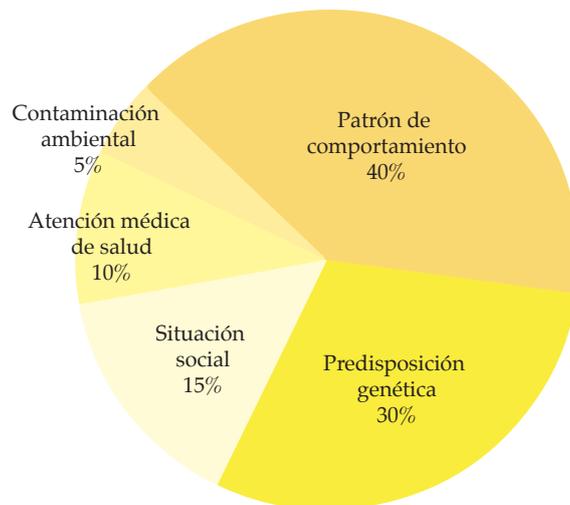
En la actualidad, los médicos solo nos hacemos responsables del 10% del problema de salud. Del porcentaje restante, el 30% corresponde a alteraciones en el patrón de comportamiento; 5%, a daño ecológico; y 15%, a circunstancias de orden social y económico (cifras correspondientes a la población norteamericana)<sup>(4)</sup> (gráfico 2).

4 Schroeder (2007)

GRÁFICO 2

## FACTORES QUE CONTRIBUYEN CON UNA MUERTE PREMATURA

(SCHROEDER 2007)



Alteraciones del patrón de comportamiento se presentan de forma muy variada; todas caen bajo el campo médico y no hacemos nada de manera organizada para mejorarlas. Estadísticas de los EE.UU. revelan que la mortalidad por obesidad está determinando 365.000 defunciones por año; la actividad sexual irresponsable, 20.000; abuso del alcohol, 85.000; tabaco, 435.000. La mitad de ellos se asocian con enfermedades psiquiátricas y drogadicción<sup>(5)</sup>.

En cuanto a las condiciones ambientales, educativas, sociales y económicas, estas son peores en los países subdesarrollados, como el Perú. ¿Qué hacemos para mejorar esas cifras? La solución de estos problemas debe contar

5 Schroeder (2007)

con nuestra participación, como parte del rol esencial de la medicina actual. Son funciones mucho más productivas desde un punto de vista social. La prevención requiere educar para una vida saludable; y es mejor si la atención se da en un medio que no tiene la acumulación desordenada de la población, tal como ocurre en nuestros ambientes hospitalarios. Se debe considerar que un local vecinal o el medio familiar son alternativas más naturales, que un hospital para el paciente.

Con respecto a la determinación del peso de las enfermedades a nivel mundial, se ha realizado diversos estudios por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud. En los reportes del grupo de trabajo, se documentan las causas de muerte, los años de vida perdidos, los años que se viven con enfermedades crónicas en los diferentes países<sup>(6)</sup>. Los datos reportados exigen un análisis detallado, aspecto que no se comentará en este trabajo.

Los médicos debemos asumir el rol de líderes en la búsqueda de una vida saludable. Este rol precede a la función de curar y rehabilitar a los enfermos. Además, plantea una renovación de la visión de la profesión médica como se la concibe e identifica en la actualidad: debe poner en primer lugar la promoción y la prevención en salud. Esta visión se constituye como una nueva; es más que diferente (tabla 1).

<sup>6</sup> Murray y López (2013)

**TABLA 1**

## **MÉTODOS Y METAS DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**

### **I AUMENTO DE LA POTENCIALIDAD PERSONAL; Y DISMINUCIÓN EN SUS LIMITACIONES: ASPECTOS**

- A Cognitivo
- B Afectivo
- C Comportamiento
- D Fisiológico - biológico
- E Holístico

### **II AUMENTO EN EL APOYO SOCIAL**

- A Cognitivo
- B Asistencia mutua; grupos y redes de apoyo
- C Contexto sociocultural; medios de difusión masiva
- D Símbolos sociales: religiosos, étnicos, sexuales
- E Estratificación del liderazgo socio - económico

### **III DISMINUYENDO EL STRESS SOCIAL**

### **IV INCREMENTANDO RECURSOS PARA LIMITAR EL DAÑO ECOLÓGICO**

Fuente: Bloom (1996)

Los planteamientos señalados requieren de un cambio importante con respecto a la educación médica. Se deben aplicar métodos con criterios que permitan alcanzar la meta de salud para todos. En esa línea, el concepto de atención primaria debe normar la formación principal de los médicos. Su aplicación concierne, en primer lugar, a la actividad de los especialistas en medicina familiar.

De igual modo, las ideas reseñadas necesitan la aplicación de conceptos teóricos para la enseñanza de la medicina. Esta necesita lograr un mejor nivel mediante la aplicación de nociones de pedagogía médica, desarrolladas paulatinamente por la Federación Mundial de

la Educación Médica desde 1972. Estas fueron presentadas formalmente en los EE.UU. por el Informe Flexner a inicios del siglo XX; y, luego, reactualizadas regularmente a partir de 1953 en el primer Congreso Mundial de Educación Médica.

En cuanto al conocimiento de esta materia, se debe resaltar que la educación médica requiere del ejercicio práctico y del saber teórico. El campo del conocimiento de la docencia médica se ha desprendido del concepto clásico de esta, es decir, la del profesor que muestra su experiencia personal y repite información textual según su entendimiento. Las actuales autoridades de nuestra Facultad de Medicina han iniciado la tarea de cubrir la brecha que implicaba restringir el conocimiento de la docencia médica a su aspecto empírico. Este hecho marca un hito importante en nuestra vida universitaria.

En cuanto al docente, se debe tener en cuenta que un profesor se hace; no nace con esta condición. Para obtener esa cualidad, se requiere de formación teórica. Es necesario lograr la identificación del claustro universitario con esta noción. El buen éxito de los cambios que se propongan en la docencia médica depende tanto del respaldo de las autoridades

como del deseo de los subalternos, que están condicionados al conocimiento del tema<sup>(7)</sup>.

Muchos países han desarrollado academias de profesores con fundamentos de pedagogía médica. Su razón de ser es la reactualización constante de la docencia médica, donde el cambio es lo habitual. Se trata de un marco en el que la enseñanza debe entenderse, comunicarse e investigarse dentro de este marco. En esa línea, se debe considerar que el desarrollo de una nueva rama del saber se asocia con el uso de un vocabulario propio de este campo. El uso adecuado de este es necesario para dialogar con sus pares, leer sus ideas, participar en reuniones conjuntas, investigar al respecto.

---

<sup>7</sup>Understanding medical education: evidence, theory and practice. Tim Swanwick. Wiley blackwell. 2010. Chapter 2. Kaufman D. N. and Mann K. V. Teaching and learning in medical education: how theory can inform practice. Pág. 16-36 . Id.. Chapter 6. Gordon J.J. and Evans H.M. : learning medicine from the humanities. Pág. 83-98. Id.. Chapter 26. Corrigan I., Ellis K. Bleakley A. and Brice J. Quality in medical Education. Pág. 379- 391. Id. Chapter 28. Developing medical educators: a journey, not a destination. Pág. 403-418. Medical education: theory and practice. Tim Dorman, Karen Mann, Albert Scherpbier and John Spencer. Churchill livinston. Elsevier. 2011. Tim Dorman, Karen Mann, Albert Scherpbier and John Spencer. Introduction. Pág. XV – XXIX. Id. Tan N., Sutton A. and Dorman T.: Chapter 1 Morality and philosophy of medicine and education. Pág. 3-16. Id. Mann k., Dorman T. and Teunissen P. W.: Chapter 2 perspectives on learning. Pág. 17-38. Id. Kuper a. and Hodges B.: Chapter 3 : Medical education in its societal context. Pag. 39-50

Específicamente, en relación con nuestra casa de estudios, cabe resaltar que, al ingresar como docente a nuestra universidad, esta debe buscar lograr lo mejor de su quehacer en el claustro; se le deben brindar los medios para que esto ocurra. La condición necesaria para lograr que las personas se identifiquen con nuestra institución y compartan su capacidad es la de conocer la historia de nuestra universidad. En ese sentido, el nuevo docente debe ser instruido en esto como parte de los requerimientos de su incorporación. En primer término, esto responde a que resulta imposible pretender un rendimiento óptimo como proyecto de vida, tal como lo idearon y vivieron nuestros fundadores, sin tener conocimiento de cómo fue y por qué. En segundo término, los que ingresan al cuerpo docente deben tener la opción de recibir instrucción en docencia médica para así plegarse al núcleo de educadores médicos con el que debe contar la Facultad de Medicina. A todos los docentes se les debe ofrecer este perfeccionamiento.

En esa línea, la formación pedagógica debe ser reconocida formalmente en la estructura de promoción en la escala docente. El volumen y calidad de la investigación, la cantidad del conocimiento científico del profesor, deben ser sopesados con el grado de superación de su habilidad docente. De no ocurrir esto, el intento de mantener este ideal desaparecería como si fuera una novedad más.

Se debe considerar que la medicina, en sus orígenes, fue una actividad realizada solo bajo conocimientos empíricos y con sentimientos mágico-religiosos; la carrera médica propiamente no existía. Siglos después, al establecerse las universidades al final del Medioevo, se rescataron los conocimientos de la Grecia Antigua. De este modo, las universidades se constituyeron como el núcleo que congregó la enseñanza médica en instituciones creadas exclusivamente para vivir con el conocimiento. La universidad permitía ampliar los contenidos del saber: además de ser repetidos, estos crecen en amplitud y profundidad. El acceso al mundo universitario y la adquisición sistematizada de información permitió recibir títulos académicos. Así, se inició la primera división con la práctica puramente empírica.

El primer colegio médico profesional en el mundo se creó en Inglaterra en el siglo XVI. Fue establecido durante el reinado de Enrique VIII con la misión tanto de legitimar a los que ejercían la medicina como con la finalidad de definir las responsabilidades y deberes de los médicos para con sus pacientes. En este marco, se mantuvieron las reglas del juramento hipocrático, ahora bajo mandato real y no como opción ideal.

A inicios del siglo XX, la formación que otorgaban las escuelas médicas en los EE.UU. desdecía el concepto de la medicina como rama de la ciencia. Esta situación se

corrige integralmente bajo las conclusiones del Informe Flexner, en el que se propone como pilares de las escuelas médicas el desarrollo de la investigación científica, la incorporación de laboratorios para la docencia, el perfeccionamiento de la enseñanza en el campo clínico y el favorecimiento del ejercicio de la docencia como dedicación exclusiva.

Durante ese período, se hizo indispensable que la medicina esté a la par con el conocimiento científico de la época. Esta surge como actividad científica por derecho propio. Después de poco más de medio siglo, aparecieron en Norteamérica corporaciones de hospitales privados, que garantizaban sistemas de atención médica muy costosos para ser desarrollados personalmente. En ese contexto, el problema social de la atención de salud con implementos y ambientes físicos onerosos fue asumido por el sector privado; se pensó que al Estado no le correspondía esa responsabilidad. Sin embargo, desde los años 70 del siglo pasado, el mercantilismo y el crecimiento exponencial de los costos de la atención médica han vuelto imposible el acceso a la esta atención para el 15% de la población norteamericana. Esto ha motivado la intervención del Estado para intentar resolver este fenómeno. Hasta ese momento, se había sobrevalorado la capacidad de la libre empresa para cubrir adecuadamente la demanda en la atención médica. Bajo el esquema existente, se mantenía e incrementaba el déficit de esta forma de atención para la población, y no había visos de que dicha situación fuera a mejorar.

Ahora, nos han contagiado el mercantilismo; somos parte del mercado. En el Perú, está ocurriendo algo semejante a lo descrito en los EE.UU., pero nuestra situación poblacional es peor. Ante ello, el Estado peruano tiene que enrumbar en la misma dirección.

En lo que respecta a nuestra casa de estudios, el mercantilismo en la medicina es una forma de relación ajena a nuestra razón de ser. Nuestra universidad nació con la idea de enseñar y trabajar con honestidad, sin aceptar la injerencia de intereses ajenos a la docencia. En el contexto actual, a ello se debe sumar que los profesionales médicos vivimos una situación que requiere cambios en la forma de ejercer nuestra función. La OMS preconiza el derecho universal a la salud; el Estado peruano, de manera similar, casi universal, ha hecho suya noción. En cuanto a la demanda de atención médica, esta se ha extendido a toda la población. En relación con ello, se debe resaltar que, desde su fundación, las metas de nuestra universidad establecen la misión de participar en el desarrollo de nuestro país.

La tecnificación en la atención médica, y su implementación y mantenimiento tienen un costo que debe cubrirse. Asimismo, los ambientes físicos para el trabajo médico también se han hecho más costosos, y requieren la unidad geográfica para integrarse con el equipamiento. Los hospitales atienden problemas de salud complejos y muy complejos. Esto ha ocurrido en paralelo con el crecimiento masivo de la demanda de atención.

En este contexto, para lograr equilibrar la situación descrita, existen tres alternativas: la ampliación del horario de trabajo, tanto de los equipos como del uso de los ambientes físicos; la disminución del tiempo asignado para cada paciente; y el desarrollo de la medicina de atención primaria en sus cuatro niveles, que son el preventivo, educativo, curativo y rehabilitador. Estos se ejecutan en ambientes pequeños con equipamiento básico.

En cuanto a la relación personal médico-paciente, tal como fue hasta hace dos décadas, es una quimera también en el sistema vigente. El vínculo médico-paciente en los hospitales debe ser replanteado; el paradigma existente ha caducado en los ambientes hospitalarios. El lazo personal afectivo de empatía entre el médico y su paciente ha desaparecido. La misión de los hospitales debe limitarse a la atención de enfermos que requieren estar internados; además, debe implementarse la especialización en medicina hospitalaria. En ese marco, los especialistas no tendrían otra función que la de atender debidamente a los pacientes hospitalizados. Esta será su única responsabilidad profesional. Cabe anotar que esta especialización ya existe en Norteamérica.

¿En qué proporción estamos participando u orientando la solución de los problemas señalados como mayoritarios? ¿Tenemos alguna formación para hacerlo? Deberíamos, por lo menos, analizar el tema en un ambiente académico, y dar las respuestas a las preguntas planteadas. Hacer lo contrario es darle la

espalda a nuestra responsabilidad social. Estudiamos medicina y pensamos que nuestra misión era curar, prevenir y promover la salud. No existe razón para circunscribirnos a lo que hacemos en la actualidad; la potencialidad del conocimiento médico no se está utilizando adecuadamente.

Ante este panorama, creo que la educación médica debe redefinir sus metas. Existen nuevos objetivos que deben lograrse y, frente a ello, es necesaria la innovación. La alternativa es seguir graduando médicos para la exportación. No existe incompetencia entre el desarrollo científico profundo y ejercer la responsabilidad social; se trata de jerarquizar las responsabilidades. Nuestro rol es crear espacios de relación interpersonal por encima de los virtuales, que mantengan la relación física. En ese marco, debemos diseñar estrategias que no sean costosas.

Tradicionalmente, la duración de la carrera médica era de nueve años. Después de su culminación, el médico recién graduado salía a ejercer la profesión. Aquellos más motivados y que estaban en capacidad de hacerlo, lograban una formación complementaria bajo la tutela de un médico experimentado, generalmente en un medio hospitalario. En la actualidad, los estudios médicos de pregrado tienen una duración de siete años, y existe la exigencia de una formación de posgrado, que toma de tres a cinco años. En ese sentido, el médico ejerce su profesión luego de diez a doce años de preparación. Sin embargo, se pretende

formar a todos los estudiantes de Medicina del pregrado como si ya fueran a ejercer luego de esos siete años. Para lograrlo, se suprimen cursos que definen el quehacer humano del médico, y casi no se desarrollan las capacidades de responsabilidad social en relación con otras áreas de la salud. Desde mi perspectiva, en lugar de ello, debemos rediseñar la enseñanza de la medicina, asumiendo que todos los médicos se tienen que especializar; no existe posibilidad de trabajo médico sin este requisito.

En el pregrado, la tendencia sigue siendo enseñar todos los aspectos que conciernen a integrar lo general con lo particular. Esto es difícil de modificar. Frente a esta situación, nuestros profesores son los agentes de cambio. No obstante, se debe recordar que son especialistas en diversas ramas de la medicina; requieren de una formación pedagógica para entenderlo y aplicarlo. Además de esto, debe considerarse que, en la docencia introductoria de todas las especialidades, debe programarse, en primer lugar, los temas capitales. Después, deberán abordarse las derivaciones de estos. En el posgrado, por su parte, se discutirán los temas específicos y sus interrelaciones. En ese proceso, la renovación curricular y la variación en los contenidos y las habilidades deben ser graduales.

¿Por qué se insiste en introducir lo particular en los cursos de pregrado? De todas formas, deberán estudiarlo y tratar de dominarlo durante el posgrado, en la especialización. La

sobrecarga de la información no es conveniente ni necesaria. Los graduandos de pregrado nunca hemos estado preparados para ejercer, pese a que pareciera que siempre hubo la intención de que ocurriera así. El aumento de la información en un menor número de años no corrige esta situación; por el contrario, creo que aumenta la sensación de sentirse incapaz de ejercer.

La información médica crece con aceleración continua; no se la puede seguir comprimiendo para ofrecerla en el pregrado. Se la debe integrar en el posgrado para continuarla de por vida. En nuestra revista médica herediana, los profesores Raúl León Barúa y Roberto Berendson<sup>(8)</sup> señalan con claridad algunos de los defectos señalados y proponen soluciones. Sus sugerencias tuvieron repercusión. Pudieron ser hechas explícitas en un órgano de difusión de la UPCH. A partir de ellas, se plantea que la relación humana entre los médicos y sus pacientes debe desarrollarse con nuevos escenarios:

1. Trabajo de grupo con fines de enseñanza para compartir la responsabilidad con los pacientes y sus familiares: ellos deben hacer suyos los criterios para lograr una vida saludable, además de actuar como multiplicadores de información. Existe la experiencia de grupos de trabajo médico que abarcan temas diversos. Este sistema se está implementado para pacientes

---

8 León Barúa y Berendson (1997)

con diabetes mellitus, enfermedades reumatológicas, hipertensión arterial, insuficiencia renal, enfermedades psiquiátricas, obesidad, nutrición en general, asma bronquial, etc. Estos ejemplos brindan una idea de lo que puede lograrse a partir de talleres o grupos de trabajo orientados a mejorar la calidad de vida de la población. Los casos citados conciernen a grupos de pacientes o familiares de pacientes. Esta modalidad de trabajo permite un espacio de tiempo específico para la explicación integral

del problema en estudio e incrementa la efectividad del trabajo médico. Además, no requiere de equipos sofisticados. Se debe implementar oficialmente para lograr eficacia y modelos de comunicación y relación interpersonal y grupal.

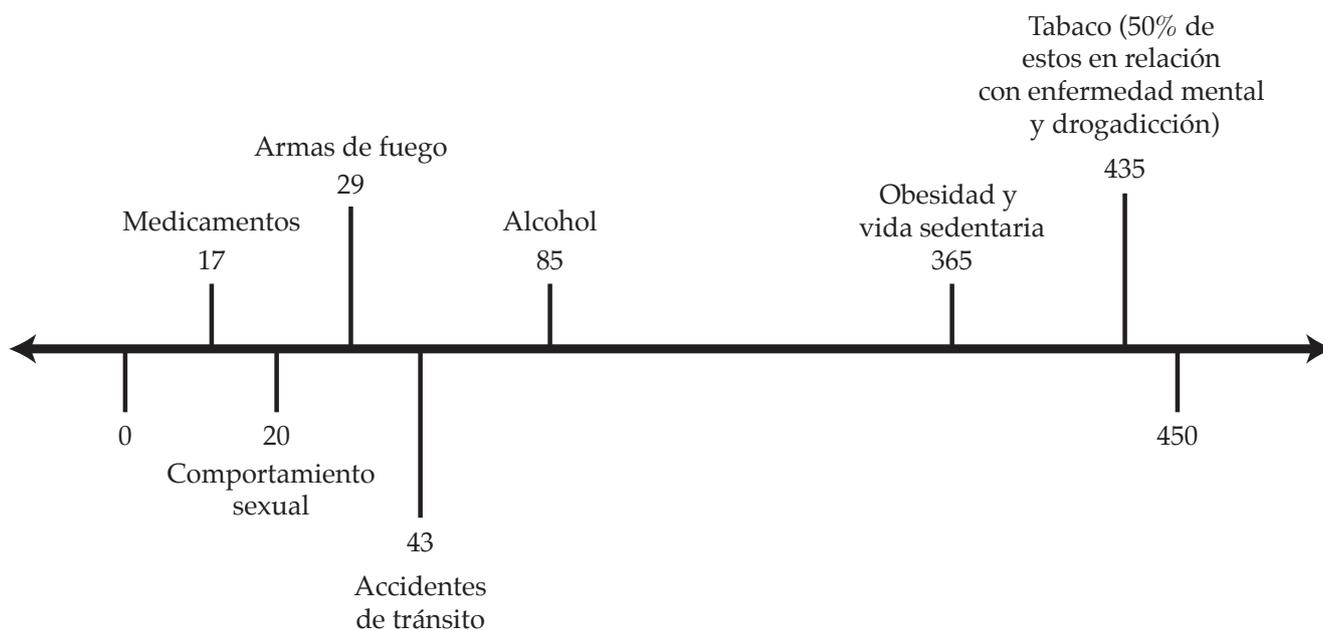
Las causas más frecuentes de alteraciones del comportamiento nos permiten desarrollar los esquemas de acción más importantes (gráfico 3).

GRÁFICO 3

### ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO COMO CAUSA DE MUERTE EN EE.UU.

(TRADUCIDO Y MODIFICADO POR SCHROEDER)

N.ENGL.J.MED:357:1221-1228. AÑO 2007



2. La prevención primaria en salud: A partir de esta, se utiliza el trabajo en grupo e ilustra a la población acerca de la vida saludable; de este modo, se afronta la responsabilidad del médico para aquel 90% de la población que, pese a que tiene problemas de salud, no está recibiendo una asistencia médica adecuada. Si no lo hacemos nosotros, algún grupo profesional tiene que asumir esa responsabilidad.
3. La atención médica familiar que involucra por necesidad al paciente y a familiares: se trata de una atención extrahospitalaria. En este caso, las condiciones en las que se realiza el acto médico favorecen el acercamiento humano; es natural. Se debe recordar que gran parte de nuestro quehacer debe realizarse a extramuros. Creo que el espacio hospitalario debe ser exclusivo para tratar pacientes gravemente enfermos, y para centralizar la atención de pacientes con enfermedades muy complejas. Utilizar el campus hospitalario como se está haciendo en la actualidad es una barbaridad.

La demanda de soluciones para mejorar el nivel de bienestar en relación con la salud está presente; los índices de criminalidad, el aumento en la tasa de accidentes de tránsito, la contaminación ambiental, la violencia familiar, el incremento desmesurado de la obesidad

son ejemplos de falta de educación; en otras palabras, no hay prevención.

En síntesis, los rubros que he desarrollado conciernen a los campos de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud; y las áreas de docencia médica que deben activarse son las de promoción y prevención en salud. El aumento en la formación de médicos de familia y la formación de profesores para la educación médica deben ayudar. En relación con ello, la Federación Mundial para la Educación señala explícitamente la necesidad de trabajar mancomunadamente con los agentes de administración de salud de los países para lograr optimizar resultados. Pienso que se pueden y se deben estrechar los lazos existentes. La OPS y la OMS están más que dispuestas a brindarnos el apoyo logístico necesario; estas organizaciones son las que plantean las metas.

Específicamente con respecto a la UPCH, cabe considerar que esta ha sido pionera en el Perú. Inició el trabajo médico rural en el curso de Medicina tropical, en el internado médico y de Estomatología, y en el programa médico antropológico de Kuyo Chico. Asimismo, construyó en su campus una clínica médica, que fue concebida como centro ambulatorio y para cirugía de día. Este esquema favorece el trato personal. A nivel general, la universidad debe desarrollar o, por lo menos, propiciar proyectos similares en otras zonas que requieran de nuestro apoyo. La experiencia

me permite afirmar que estas iniciativas son autosostenibles. Debo sostener que los centros de atención médica en general y los de la universidad en particular no deben ser utilizados como fuente de lucro. En la universidad, la responsabilidad social camina por delante de todo lo demás.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARKY, R. A. (2006). "THE FAMILY BUSINESS-TO EDUCATE". *N ENGL, J MED*, 354: 1922-1926.
- BLOOM, MARTIN (1996). *PRIMARY PREVENTION PRACTICES. FRAME OF REFERENCE FOR PRIMARY PREVENTION PRACTICE*. SAGE PUBLICATIONS.
- GUERRA GARCÍA, R. (1953). *ALBERTO HURTADO: EDUCADOR MÉDICO. ANALES DE LA FACULTAD DE MEDICINA*. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, 4TO TRIMESTRE, TOMO 26, NÚM. 4.
- FINEBERG, H. V. (2012). "A SUCCESSFUL AND SUSTAINABLE HEALTH SYSTEM - HOW TO GET THERE FROM HERE". *N ENGL, J MED*, 366: 1020-1027.
- FRIST, W. H. (2005). "HEALTH CARE IN THE 21ST CENTURY". *N ENGL, J MED*, 352: 267-272.
- MCNEIL, B. J. (2001). "HIDDEN BARRIERS TO IMPROVEMENT IN THE QUALITY OF CARE". *N ENGL, J MED*, 345: 1612-1620.
- MURRAY, C. Y D. LÓPEZ (2013). "MESUARING THE GLOBAL BURDER OF DISEASE". *N ENGL, J MED*, 369: 448-45.
- SCHROEDER, X. (2007). "SHATTUCK LECTURE". *N ENGL, J MED*, 357: 1221-1228.
- TRUOG, R. D. (2012). "PATIENTS AND DOCTORS - THE EVOLUTION OF A RELATIONSHIP". *N ENGL, J MED*, 366: 581-585.