

Notas sobre la historia de la educación médica 1933-1980

Segunda parte

CARLOS BUSTÍOS-ROMANÍ

PERIODO I: EDUCACIÓN MÉDICA EN LOS INICIOS DEL PERÚ DEMOLIBERAL: 1933-1960

Déficit de la oferta médica en un nuevo escenario político

Ampliación del Sector Público en Salud: 1933-1960

Después de la crisis económica y política de 1930-1933, agotado ideológicamente el bloque oligárquico-liberal, se inicia la etapa demoliberal de la historia peruana. Entre 1933 y 1960, los sucesivos gobiernos militares y civiles aplicaron políticas sociales de corte populista, aunque teniendo especial cuidado de no afectar en lo esencial la “legalidad oligárquica-liberal”. Políticas que expresaron una mayor preocupación del Estado Peruano en satisfacer –por razones de gobernabilidad y de proselitismo político– las demandas de servicios públicos que hacían los grupos urbanos, especialmente las organizaciones laborales y, a partir de la década de los 50, las “barriadas”.

Para la instrumentación legal de esas políticas en el campo de la salud, se promulgaron importantes normas durante el Gobierno de Benavides. Entre ellas, la Ley N° 8124, del 5 de octubre de 1935, que crea el “Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social” (MSPTPS), encargado formalmente del gobierno de las ramas de salubridad, trabajo, previsión social, asuntos indígenas y beneficencia. Ocho meses después, se crea la Caja Nacional del Seguro Social Obrero, a través de la Ley N° 8433 de 12 de agosto de 1936, ampliada y modificada por la Ley N° 8509 de 23 de febrero de 1937 y reglamentada el 18 de febrero de 1941. Seguro Obrero conducido por un Consejo Directivo, presidido por el Ministro de

Salud. Además, cada una de las antiguas Sociedades de Beneficencia Pública debía operar bajo la dirección administrativa de su Junta General y la supervigilancia del Ministerio de ramo, en cumplimiento de la nueva “Ley Orgánica de Beneficencias” promulgada en noviembre de 1935.

El 11 de diciembre de 1942, durante el primer Gobierno de Prado, se transfieren al Ministerio de Justicia los ramos de Trabajo y de Asuntos Indígenas del MSPTPS, convirtiendo a éste en el “Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social” (MSPAS), a cargo de los ramos de salubridad y de asistencia social. Además, en el mismo año de 1942, se crea el “Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública” (SCISP), como organismo autónomo directamente subordinado al Ministro del ramo. Posteriormente, durante el Gobierno de Odría, se crea el Seguro Social del Empleado (1948), así como el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social (1952).

Esas normas formalizaron a la Autoridad Política del Sector Público en Salud y la fortalecieron financieramente, permitiéndole realizar los gastos necesarios para la modernización y la ampliación de la infraestructura hospitalaria, así como para el desarrollo de la atención preventivo-promocional. Años de creación e impulso de las Campañas y Servicios Especiales y Nacionales, que posteriormente se desconcentran en todo el país.

De acuerdo a fuentes oficiales, en 1940 había 100 hospitales en todo el país, la mayor parte de propiedad de las Beneficencias, con algo más de 7,000 camas; mientras, que en 1960 se contabilizaban 207 hospitales con 23,719 camas, a los que se sumaban 213 Centros de Salud y 177 Puestos Sanitarios, con participación mayoritaria del Ministerio y de los Seguros Sociales en la propiedad de dichos establecimientos. Para poder operar la enorme capacidad física instalada de su propiedad, el Sector Público tuvo que convertirse en el principal



empleador de personal de salud, así como en el promotor de una mayor oferta universitaria de fuerza de trabajo médica.

En la segunda mitad de la década de los 40, los comentarios oficiales sobre la escasa capacidad de oferta de la única Facultad de Medicina nacional comienzan a hacerse públicos. Al respecto, Paz Soldán comentaba, en 1945, lo siguiente: "1400 médicos con diploma de la Facultad de Medicina de Lima, trabajan en el Perú... Estas cifras nos indican que en 1945, el número de médicos triplica casi el de 1919,... más sin que por ello hablemos de plétora, ya que no se satisfacen las necesidades de una población que vive en la insalubridad... No es aventurado afirmar que el número total de puestos rentados para los médicos que el Estado... prevé, llega a más de 2 000... (en conclusión) no hay médicos en número suficiente (siquiera) para llenar los cargos que prevén los presupuestos y la organización del Estado... Ampliado el horizonte de la Medicina... urge formar nuevos profesionales, que traigan el espíritu de la época, animado de lograr la promoción de la salud y el mejoramiento vital del pueblo... La gloriosa Facultad de Medicina de Lima, con su ayer opulento y sus progresos presentes, no debe ver amenazada su situación por el sobrepoblamiento que hoy la colma. Urge la creación de una nueva Facultad o Escuela de Medicina, dotada de un nuevo espíritu... El Cusco milenario parece que debería ser la sede de esta nueva Escuela... Al presente, sin médicos en número suficiente, y sin las posibilidades de disponer de las capacitaciones que los programas de ejecución demandan, el Estado no puede responder de sus obligaciones médico-sociales"¹¹. Tres años después, el Ministro de Salud Constantino Carvallo afirmaba: "El mínimo que se exige es un médico por mil habitantes; debemos tener pues 7 000 médicos, no tenemos sino 1 500 ó 1 400... El Gobierno ha subvencionado a la Facultad de Medicina con S/.250 000 anuales para la ampliación de sus servicios... Pero todas estas medidas (tomadas durante su gestión) no serán suficiente para proporcionar al Estado el número de médicos que necesita para su gran programa sanitario que debe llevar a cabo en los años venideros y que exige el acelerado ritmo de progreso que el país experimenta y que cada año será mayor... Por eso, hemos patrocinado la iniciativa de que es necesario que el Perú establezca... Facultades de Medicina o Escuelas Médicas en Trujillo, Arequipa, Cusco o Puno, donde se forme los médicos que el país necesita, el Médico Sanitario, que conozca nuestras enfermedades regionales y pueda atenderlas... Este tipo de médico no tendría una preparación tan académica, clínica, especializada como la que procura la Facultad de Medicina de Lima..."²¹. El plan del Ministerio incluía, además, la organización de centros hospitalarios, con facilidades docentes, en Arequipa y Trujillo.

Incremento discreto de la oferta de fuerza de trabajo médica: 1933-1960

Desde antes de 1933 ya había comenzado una tendencia al crecimiento de la oferta de egresados de la única Facultad de Medicina que funcionaba en el país. El número de matriculados en esta Facultad se había elevado de un total de 381 en 1926 a otro de 723 en 1940, y seguía aumentando. Sin embargo, el nuevo ritmo del crecimiento de la demanda de fuerza de trabajo médica, generado por el inicio de la operación de los nuevos hospitales y establecimientos de salud, hizo evidente que aquella tendencia sería insuficiente, durante los siguientes lustros, para garantizar la apropiada disponibilidad de profesionales de salud en el país. Además, muchas plazas de profesionales presupuestadas por el Ministerio para el interior del país continuaban sin ser ocupadas³¹.

Sin embargo, el discreto incremento que se producía en la matrícula de la única Facultad de Medicina, al no estar acompañado de una mayor dotación de locales y recursos académicos, ya preocupaba a sus autoridades, siempre atentas a elevar la "excelencia académica". En junio de 1948, el Dr. Alberto Hurtado - años después decano de la Facultad - opinaba: "La incorporación a la vida médica de jóvenes generaciones que a su paso por San Fernando no han recibido, pese a la buena voluntad y esfuerzo de las autoridades universitarias, profesores y mismos alumnos, una preparación totalmente adecuada, por razón de su excesivo número y las limitaciones en la capacidad docente de laboratorios y hospitales, justifica una seria preocupación..."⁴¹.

Otra era la preocupación del Dr. Hugo Pescel⁵¹, quien tres años antes que Hurtado, hacía la siguiente apreciación cualitativa sobre la formación médica: "Los médicos que produce la Facultad de Medicina, totalmente desconectada de la sanidad nacional, pueden ser de muy alta calidad para el mercado de la clientela privada o para el ejercicio urbano de la profesión. No están preparados, en general, para afrontar las responsabilidades de la medicina de masas en ambiente rural (...) Lo que hoy podemos llamar Escuela Superior de Ciencias Médicas ha dejado, desde varios decenios, de ser literalmente una Facultad. No sólo no mantiene relaciones sustantivas con las demás Facultades... sino que se ha tecnificado por su cuenta y con rumbos propios. Lo único que le falta es independizarse también 'de jure' para poder tomar posición frente a los problemas colectivos de la Sanidad, auscultándolos debidamente a través del respectivo Ministerio. No es por casualidad que las Escuelas Superiores de carácter técnico (Ingeniería, Agronomía, Ciencias Militares, etc.) hayan nacido fuera de la Universidad en estrecha relación con las ramas técnicas de los respectivos Ministerios.



Estas Escuelas, en efecto, producen profesionales del tipo que la realidad nacional requiere”.

En el año 1953, R. Feijoo, diputado por Amazonas, propuso en su Cámara un Proyecto de Ley para reducir “el clamoroso abandono en que se hallan los pueblos lejanos del Perú, por carecer de médicos sanitarios”. De aprobarse el Proyecto “los alumnos que terminan sus estudios en la Facultad de Medicina deberán prestar un año de servicio como sanitarios en provincias, como requisito para obtener el título profesional”. El Ministro de Educación sometió a consideración del Rectorado de la UNMSM esta iniciativa, primer antecedente conocido de la creación del SECIGRA-Salud dos décadas después. El Proyecto, provocó en esta oportunidad un rechazo unánime de la Junta de Catedráticos de la Facultad de Medicina; lo que impidió, por un lado, su aprobación y puso de manifiesto, por otro, la verdadera opinión de los docentes de la Facultad sobre las relaciones que debían existir entre los derechos individuales y las obligaciones sociales del graduando médico, así como entre las responsabilidades del Estado y de la Universidad en la “Sanidad Pública”¹⁶.

No obstante esas distintas preocupaciones sobre la calidad de la enseñanza, el plan de estudios de la única Facultad de Medicina no se modificó y su población anual de matriculados siguió incrementándose. En 1956, el número de matriculados en Medicina era de 2 045 alumnos, es decir, casi se había triplicado con relación al registrado en 1940. Incremento que no tenía relación con la escasa velocidad con que crecían los recursos académicos. En el mismo año de 1956, el número de graduados y titulados en Medicina fue de 479 médicos-cirujanos¹⁷.

A principios de 1953 el Consejo Nacional de Educación – presidido por el General Juan Mendoza Ministro de Educación – estructuró y estudió el proyecto de una Facultad de Medicina en Arequipa. Se crearon los fondos necesarios y se aprobó dicho proyecto por Ley del mismo año. De inmediato se inició su construcción, que demoró algunos años, inaugurándose la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín el 22 de marzo de 1958, siendo Ministro de Educación don Jorge Basadre.

La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo inició sus actividades académicas el 1° de abril de 1958. El Currículo original consideraba 8 años de estudios, incluidos los 2 años de Premédicas y el Internado Rotatorio y “seguía los lineamientos del ‘modelo americano’, diferenciándose de esta manera de otros Currículos con marcada influencia ‘europea’ como ocurría en la mayoría de Facultades de Medicina latinoamericanas de esa época”¹⁷.

ORIENTACIÓN DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

Continuidad de la orientación flexneriana del currículo: 1933–1960

En el Perú y durante todo el período persistió en el mundo académico, más allá de los cambios en el discurso y en las intenciones, el dominio de la visión flexneriana de la formación médica, con su orientación biomédica, individualista y asistencialista. Dominio reforzado por la acción docente, ejercida en la Facultad de San Fernando, por los médicos peruanos que retornaban al país después de ser capacitados en alguna especialidad médica en Estados Unidos. Los mejores de estos profesionales se convertirían, durante las siguientes décadas, en las autoridades de las nuevas facultades de medicina y/o líderes de la orden médica nacional.

Esa continuidad en la orientación de la formación médica peruana se expresa nítidamente en el Plan de Estudios de 1956, que tenía un contenido similar al utilizado treinta años antes y que hemos descrito en la primera parte de este trabajo. En comparación con el de 1936, se habían reagrupado las materias e introducido dos nuevas: la de Farmacología y la de Tisiología. El detalle del contenido del Plan de 1956 es el siguiente:

- Primer año: Anatomía Humana; Bioquímica; Histología.
- Segundo año: Bacteriología Médica; Fisiología; Farmacología; Anatomía Patológica; Parasitología Humana.
- Tercer año: Fisiopatología; Semiología y Clínica Propedéutica; Radiología; Historia de la Medicina.
- Cuarto año: Clínica Médica (hombres); Clínica y Patología Quirúrgica; Clínica de Enfermedades Infecciosas, Tropicales y Parasitarias; Tisiología; Clínica Otorrino.
- Quinto año: Clínica Médica (mujeres); Clínica y Nosografía Quirúrgica; Ginecología; Obstetricia y Clínica Obstétrica; Dermatología y Sifilografía.
- Sexto año: Psiquiatría; Puericultura y Pediatría; Oftalmología; Higiene y Medicina Social; Medicina Legal y Toxicología; Neuropatología; Urología.
- Séptimo año: Internado (Medicina, Cirugía, Obstetricia, Pediatría).

Cambios en el discurso académico: 1950–1960

Recién al inicio de la década de los 50, debido a la creciente influencia de los egresados de las Escuelas de Medicina Preventiva y Salud Pública de Estados Unidos, se comenzaron a consolidar, en el discurso académico latinoamericano y peruano, dos nuevos conceptos: el de “Medicina Preventiva” y el de “Medicina Integral”. Ambos surgieron en el proceso de crítica a las orientaciones vigentes en las prácticas médicas y, por ende, en

la educación médica. Los primeros cuestionamientos básicos a la orientación flexneriana “biologizante” de la educación médica se dieron cronológicamente en el “Primer Congreso Panamericano de Educación Médica” (Lima, 1951); la “Conferencia de Colorado Spring” (Estados Unidos, 1952); y la “Primera Conferencia Mundial de Educación Médica” (Londres, 1953), en la que se dedicó una de sus cuatro sesiones al tema de la enseñanza de la medicina preventiva. J.C. García^[8] comenta al respecto: “La educación médica latinoamericana era evaluada como atrasada científicamente, desintegrada de la prevención, indisciplinada, metodológicamente anacrónica. Se debe recordar que, junto a la Organización Panamericana de la Salud, aparecen otras organizaciones internacionales como la Fundación Rockefeller, la Fundación Milbank, el Punto IV que se irán a interesar en el tema de la educación médica, en un esfuerzo para corregir esas deficiencias”.

En mayo de 1951, la Facultad de Medicina de San Fernando organizó el “Primer Congreso Pan Americano de Educación Médica”. En el Acta Final “Declaración de Lima sobre Educación Médica”, el Congreso afirma que, habiendo estudiado los problemas que confronta actualmente la enseñanza de la Medicina y recogiendo la experiencia de los educadores médicos del Continente ha coordinado la doctrina a seguirse sobre seis puntos fundamentales; el primero de ellos es: “Ampliar los estudios de medicina preventiva y social en la preparación de los médicos”. Se enumeraron, además, 35 conclusiones, entre las principales se encuentran las siguientes: “1^a Normar la educación médica hacia la medicina preventiva y social... 5^a Considerar la clínica médica como la disciplina fundamental en los estudios para graduación... 18^a Admitir estudiantes de acuerdo con la estricta capacidad docente de las escuelas... 21^a Estimular la investigación científica de los docentes... 24^a La enseñanza de la medicina preventiva y social, será desarrollada por medio de un Departamento, en el curso de los diferentes años lectivos... 29^a. Fomentar económicamente la enseñanza de las especialidades desarrollando los recursos de la cátedra o creando centros específicos para estudios de salud pública y de investigación conectada a la enseñanza^[9].” Los secretarios generales del Congreso fueron los Drs. Carlos F. Krumdieck y J. O. Trelles. Comienza a reconocerse a la “Medicina Preventiva” y a la “Medicina Social” como componentes necesarios de la práctica médica cotidiana.

Dos años después del evento de Lima, en agosto de 1953, se realizó el “Primer Congreso Mundial de Educación Médica” en Londres. El Dr. Alberto Hurtado asistió como delegado de la Facultad de Medicina de “San Fernando”, y por su prestigio le cupo presidir una de las cuatro sesiones en que se dividió el certamen. A su regreso a Lima expuso, en la Facultad, sus impresiones acerca del Congreso. De esa exposición, extrae-

mos los siguientes párrafos: “Para los críticos más optimistas... 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. (...) El intenso progreso de las ciencias básicas... ha originado la aproximación de éstas a la clínica, modificando sus conceptos... La Medicina, abandonando en un grado considerable sus tradicionales modalidades de arte, se ha hecho técnica o científica. Pero la reacción ha surgido ante esta situación. Algunos se han preguntado, con bastante fundamento, si la Medicina es todavía una profesión o simplemente una de las tantas ciencias tecnológicas. Hay actualmente una fuerte tendencia a considerar al enfermo en forma total... Aún más, hoy día se acepta que el médico no puede considerar los factores psíquicos, orgánicos y funcionales, y los resultados de las pruebas de laboratorio como los únicos que condicionan el estado del enfermo sometido a su cuidado. Hay otros y muy importantes...: ambiente familiar y social, ocupación, economía, etc. ... De ahí que ha surgido con todo vigor, la Medicina Social, que no debe ser considerada con la medicina socializada. La acción y los deberes del médico no están tampoco circunscritos al enfermo aislado; conciernen también al alivio de las consecuencias de la enfermedad y a evitar su propagación, cuidando al hombre sano expuesto. Medicina Preventiva es actualmente una actividad fundamental de la acción médica. (...) Es indudable que lo que caracteriza hoy en día a nuestra profesión es el choque entre... (la) Medicina científica y (la) Medicina integral o racional... Medicina científica y Medicina integral tienen necesariamente que complementarse. Eliminar una en favor de la otra, equivaldría a un serio retroceso. (...) Estas nuevas orientaciones han introducido a su vez serios obstáculos en la realización de la enseñanza adecuada. El laboratorio y la sala hospitalaria y aún el consultorio, pese a su gran importancia pedagógica, no son los únicos ambientes en los que el estudiante puede llevar a cabo su aprendizaje clínico... La conveniencia de saber como piensa el enfermo, de donde viene, como vive en su ambiente familiar y social y quienes son los individuos afectados por su enfermedad, han hecho necesario proyectar la enseñanza más allá de estos lugares habituales de la práctica clínica...^[10]”.

Hurtado fue muy claro sobre lo que pensaba con relación a la orientación y el nivel académico que debía mantenerse en la formación médica: “Varios médicos en ejercicio profesional general (el ‘*general practitioner*’ de los sajones) intervinieron en la sesión e insinuaron la conveniencia de orientar al estudiante hacia esa clase de actividad durante todo el período de enseñanza, tomando en cuenta que la mayoría de ellos la desarrollarían más tarde después de recibir su grado.



Con esta idea estuvimos en completo desacuerdo. Creemos que tanto la especialización como el entrenamiento para la práctica general, pertenece al ciclo de instrucción postgraduada. Cualquiera que sea la actividad profesional del estudiante, después de la graduación, nada reemplaza con ventaja, a una preparación más amplia y sólida posible, en conocimientos básicos y en familiarización por lo menos con los principales aspectos de la actividad clínica¹¹⁰. Más tarde insistiría, en su total desacuerdo a sacrificar ciertos aspectos científicos y técnicos de la formación médica, aún conociendo que podrían no ser utilizados o aplicados en la práctica profesional en el interior del país: "Creemos que tanto la especialización como el entrenamiento para una práctica general, urbana o rural, pertenece al ciclo de instrucción postgraduada"¹¹¹.

En los años siguientes, el Dr. Hurtado siguió difundiendo los mensajes surgidos de ambos Congresos, aunque precisando sus observaciones críticas, desde una perspectiva liberal, a dichos mensajes. En agosto de 1954, en una conferencia dictada en la Universidad de San Agustín de Arequipa, decía:

- Con relación a la "socialización" de la Medicina y sus efectos en el ejercicio de la profesión médica: "Entre los varios métodos utilizados para lograr el bienestar colectivo está la socialización de la Medicina, sistema de asistencia organizado ya en varios países. No hay duda de que su establecimiento responde a un sincero afán de mejoramiento social. Pero tampoco hay duda que su funcionamiento afecta seriamente el progreso médico. A este progreso contribuye en grado notable, el hecho de que nuestra profesión es básicamente liberal en carácter. Perdido éste, el porvenir no es halagador. Convertido forzosamente el médico en funcionario... es indudable que se pierden en gran parte el estímulo, el afán de mejoramiento y la inquietud de aprender y contribuir, factores todos fundamentales en el progreso científico... Preciso es encontrar un justo compromiso entre los legítimos derechos de una sociedad que debe ser cuidada y los también legítimos derechos de una profesión que surgió liberal en sus comienzos y tiene que mantenerse como tal para asegurar la eficiencia de los servicios llamada a desempeñar".
- Con relación a la calidad de la educación médica: "El problema económico es otro de los más grandes que afecta seriamente la calidad de la educación médica... El costo de la enseñanza se ha elevado considerablemente en lo que respecta a los equipos... y al sostenimiento de hospitales. No hay discusión en la necesidad de mantener algunos profesores a tiempo completo... Los haberes, por consiguiente, deben tener un nivel compatible con el decoro y posición de un maestro universitario... ha surgido, entonces la ayuda estatal y privada como factores indispensables para realizar una buena educación médica... El problema de la educación médica es también problema sanitario, político y social"¹¹¹.

A mediados de la década del 1950, dos seminarios organizados por la OPS ganarían importancia en las propuestas de reorientación de la educación médica latinoamericana: el de Viña del Mar (Chile, 1955) y el de Tehuacán (México, 1956). En dichas propuestas se enfatizó la importancia de: 1) el conocimiento de los problemas de salud de la comunidad, para participar en la solución de los mismos; 2) la atención integral - preventiva, curativa y de rehabilitación - del individuo y su familia; y, 3) integrar los conocimientos biológicos, psicológicos y sociales en la educación. El documento de 1956 detalla el programa de formación deseado, en el cual se debía incluir aspectos de sociología, ecología, antropología social, saneamiento, epidemiología, y bioestadística. En estos seminarios se incorporó la noción de espacios de práctica fuera del ámbito de la Universidad y la selección de áreas de la comunidad para el estudio de problemas específicos, pero sin considerar la aplicación de las ciencias sociales en el análisis de los problemas de salud en el contexto social. El componente social de los programas propuestos estuvo orientado hacia la antropología social, la ecología y las disciplinas de "la conducta o el comportamiento"¹¹².

No obstante aquel discurso y esas propuestas de reorientación, el plan de estudios de pregrado tardaría en modificarse en las Facultades de Medicina de América Latina. Se continuaba haciendo una distinción dicotómica entre Ciencia y Cultura, entre el carácter "objetivo" de lo biológico y el "subjetivo" de lo social. En el caso peruano, la brecha creciente entre recursos disponibles y requerimientos académicos, el interés por la "excelencia académica" de parte de las autoridades de la única Facultad de Medicina del país, y los problemas derivados de las marchas y contramarchas de la Reforma Universitaria explican el hecho de que el Plan de Estudios de Medicina de San Fernando no tuviera cambios significativos en las siguientes décadas.

ESTUDIOS DE MEDICINA EN SAN FERNANDO

Cambios normativos pendulares en la reforma universitaria: 1933-1960

La reforma universitaria de 1931 fue efímera. Después del largo receso iniciado en 1932, la Ley N° 7824 promulgada durante el Gobierno de Benavides autorizó reabrir San Marcos, expidiéndose entonces el "Estatuto Universitario de 1935" que eliminó el tercio estudiantil, aunque manteniendo la autonomía pedagógica, administrativa y económica de la universidad. Sin embargo, el nuevo Estatuto incidió en disposiciones reglamentaristas exageradas que limitaron dicha autonomía. Estatuto que sólo duró seis años, debido a que con el Gobierno de Prado se expidió la "Ley Orgánica de Educación de 1941" (Ley N° 9359). La nueva Ley insistió en el ca-

rácter reglamentarista ya criticado, lo que impidió a la universidad un desarrollo autónomo, tanto en su régimen académico, como en su estructura organizativa administrativa y financiera. “En realidad se había retornado a un régimen de marcada sujeción de la Universidad al Estado”¹³¹.

Los postulados de la reforma universitaria de 1931 reaparecieron en 1945, durante el Gobierno de Bustamante y Rivero, mediante la Ley N° 10555, de inspiración aprista y que llevó a Luis Alberto Sánchez a su primer rectorado de San Marcos. La nueva Ley, “Estatuto Universitario de 1946”, retornó a los principios básicos de la reforma de Córdoba (autonomía, cogobierno, extensión, etc.), e incluyó, además, excelentes disposiciones de modernización en cuanto a los requisitos para la docencia e investigación y las rentas, así como ventajas claras en cuanto política de servicios y extensión universitaria. Pero, “el Apra no sólo controló hegemónicamente la universidad, sino que cometió el error de imponer criterios de intolerancia y sectarismo que neutralizaban las virtudes de la ley universitaria. Como es obvio, esa reforma y la ley no sobrevivieron a la caída del gobierno de Bustamante y Rivero y la persecución del Partido Aprista. La universidad volvió a sufrir los efectos del péndulo”¹³². Se produjeron fuertes enfrentamientos entre Profesores y alumnos, con agresiones en la Facultad de Medicina.

En marzo de 1949, cinco meses después del golpe de Estado de Odria, la Junta Militar de Gobierno expidió el Decreto Ley N° 11003, derogando el Estatuto Universitario de 1946, anulando el cogobierno estudiantil y restableciendo la Sección II de la Ley Orgánica de Educación Pública de 1941, estableciendo formalmente un riguroso intervencionismo del Estado en la universidad: “...en el interregno 1949-1955 la Universidad sufría atropello físico y moral del gobierno, que no desaprovechaba cualquier oportunidad para intervenir, directa o indirectamente en San Marcos (...) es justo declarar que en éste lapso de siete años se caracterizó por la existencia de crisis en el principio de autoridad, funciones académicas y científicas. Se acentuó la crisis en la armonía y tolerancia entre los maestros y alumnos y el estamento de estudiantes fue protagonista de hechos que intranquilizaron a San Marcos”¹³⁴.

Pregrado en la Facultad de Medicina de San Fernando: 1933-1960

Dentro del marco establecido por el Estatuto de 1935, la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos reinició el desarrollo de sus actividades de pregrado con los programas que se habían elaborado antes del receso de 1932. La nueva “Ley Orgánica de Educación Pública” de 1941, mantuvo en San Marcos cinco Facultades: Derecho, Letras y Pedagogía, Ciencias Económicas, Ciencias y Medicina. Esta última se denominó, hasta 1943, Facultad de Ciencias Médicas.

Los Drs. Carlos Villarán (1934-1939), Max Gonzales Olaechea (1939-1941) y Carlos Monge (1939-1945), fueron los decanos de la Facultad de Medicina durante la primera parte del periodo analizado. El segundo de ellos, siendo Decano Accidental se encontró, a inicios de 1940, con un problema, nuevo en la Facultad; se había autorizado matricularse a 300 alumnos en el primer año de Medicina y se hizo necesario dividir a los alumnos en dos grupos, que debieron realizar sus estudios en ciclos reducidos sucesivos. En su Memoria como Decano, advertía: “El ingreso de tan numeroso alumnado a los estudios médicos sería de graves consecuencias si continuara (...) no se cuenta con locales adecuados ni elementos suficientes para una buena enseñanza”¹³⁵. El número total de matriculados en ese mismo año de 1940 fue de 723 alumnos.

Sin embargo de esa advertencia, la matrícula de la Facultad se siguió incrementando; alcanzando en 1951 un total de 2,945 alumnos, algo más del cuádruple que el registrado once años antes. En la década de los 50 ya era evidente que los recursos académicos de San Fernando habían sido desbordados por los requerimientos de un número siempre creciente de alumnos matriculados.

Los Drs. Max Gonzales Olaechea, en su segunda gestión (1945-1946), Juvenal Denegri (1946) y Sergio E. Bernales (1946-1948), fueron los decanos de la Facultad de Medicina durante el cuatrienio 1945-1948. El Plan de Estudios de Medicina no había tenido cambios significativos a partir de 1940. La Facultad creó, en sesión del 29 de agosto de 1946, la cátedra de “Historia de la Medicina”.

En 1948, al declarar el Gobierno de Bustamante fuera de la ley al APRA, el Rector de la UNMSM, Luis Alberto Sánchez, salió al exilio y el Dr. Sergio Bernales, Decano de Medicina y Vicerrector de la Universidad tomó a su cargo el Rectorado. En estas circunstancias, el 16 de octubre de 1948, los Drs. Honorio Delgado y Alberto Hurtado —en esos días Ministros de Educación y de Salud Pública respectivamente— solicitaron la subrogación de Bernales en sus cargos docentes. Cuatro días después, el Consejo de la Facultad se reunió y después de “un largo y poco cordial debate” aprobaron una moción de censura al Decano Bernales. “Concluida la sesión, la Facultad fue teatro de una lamentable asonada contra los catedráticos que habían producido la vacancia del decano. Los profesores agraviados, en una reunión igualmente privada, acordaron suspender las labores docentes entretanto no fueran desagraciados por los causantes del barullo”¹³⁶. Producido el receso docente de la Facultad, los estudiantes después de una asamblea habida el 25 de octubre, se adueñaron del local de San Marcos y cerraron sus puertas. El 27 de octu-



bre de 1948, el mismo día, que el General Odría iniciaba en Arequipa su golpe de Estado, las fuerzas policiales asaltaron la vieja casona, utilizando tanques, y desalojaron a los estudiantes del local central.

No obstante la crisis universitaria, durante la década de los 50, cada vez era más evidente en la educación médica de pregrado la presencia de los profesionales peruanos que regresaban al país, después de realizar estudios de postgrado en Estados Unidos y otros países, en uso de las becas otorgadas por las organizaciones internacionales. Ricardo Pazos Valera (1948-1951), Telémaco Battistini (1951-1953) y Oswaldo Herculles García (1953-1956), fueron los decanos de la Facultad durante el "ochenio" de Odría, en tanto que Alberto Hurtado lo fue durante el período 1956-1961.

Postgrado en la Facultad de Medicina de San Fernando: 1936-1960

El 4 de julio de 1936, Paz Soldán remitió, como director del Instituto de Medicina Social, un Oficio al Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Lima (ahora Facultad de Medicina de San Fernando), presentando un Proyecto de creación del "Diploma de Higienista, como un primer paso hacia la Magistratura Sanitaria". En diciembre de 1936, el Consejo de la Facultad emitió una Resolución por la que se crea la "Escuela de Médicos Sanitarios" y establece su Reglamento, rechazando implícitamente la propuesta del Instituto. Años después, Paz Soldán al comentar este hecho escribía lo siguiente: "Este proyecto no prosperó. Quedó como un intento docente del Instituto... En su lugar, el recién creado Ministerio... improvisó, mediante la Dirección de Salubridad y bajo su supervigilancia una Escuela de Médicos Sanitarios de efímera vida educacional... Como se ve el ideal burocrático ha superado el ideal médico-social de la Magistratura Sanitaria..."^[17].

El 21 de enero de 1937 se promulgó la Ley N° 8493, en la que declara carrera pública a la función técnica sanitaria, se crea el Escalafón Sanitario y se establece que la Escuela de Médicos Sanitarios de la Facultad de Ciencias Médicas será el Centro Superior para la preparación especializada de los futuros médicos sanitarios. Posteriormente, por Resolución Suprema del 1 de diciembre de 1939, se autorizó becarios de la Dirección de Salubridad a dicha Escuela. El 25 de junio de 1938, con la asistencia del Dr. Guillermo Almenara, Ministro de Salud Pública, se inauguró la Escuela de Médicos Sanitarios. El Secretario de la Escuela fue el Dr. Jorge Estrella.

Para el cumplimiento del plan de estudios correspondiente, se acordó crear las siguientes cátedras a cargo de distinguidos profesores de la Facultad: Organización Sanitaria: Guillermo

Almenara; Administración Sanitaria: Guillermo Almenara; Bacteriología Sanitaria y Zoología Médica: Telémaco Battistini; Inmunología Sanitaria: Telémaco Battistini; Química Sanitaria: Víctor Cárcamo; Legislación Sanitaria: Jorge Estrella; Epidemiología: Carlos Paz Soldán; Enfermedades Infecciosas: Raúl Rebagliati; Ingeniería Sanitaria: Alberto Alexander; Estadística Demográfica y Sanitaria: R. Pérez Buenaño; Introducción a la Bioestadística: Franz Schrufer; Higiene Personal e Higiene Social: Francisco Valega; Enfermedades Tropicales: Raúl Rebagliati^[18].

Esa escuela tuvo una existencia muy corta. El primer Curso se inició el 6 de agosto de 1938, inscribiéndose 22 alumnos; aunque, solamente seis lo finalizaron. En 1940, el nuevo Presidente de la República declararí: "La Escuela de Médicos Sanitarios no ha producido los beneficios que se esperaban por el escaso número de matriculados. Por eso es necesario buscar otros medios para dotar al país del personal preparado en la función especializada de sanidad pública, y con este fin se procurará la creación de becas para médicos e ingenieros que deseen tecnificarse en países extranjeros"^[19].

Al desactivarse la Escuela de Médicos Sanitarios, los profesionales universitarios que se llegaron a interesar a ingresar en la carrera sanitaria a tiempo completo, debieron de competir para acceder a las escasas becas que, para la capacitación postgrado, ofrecían los organismos de cooperación externa en salud (especialmente la OSP, la Fundación Rockefeller y la Kellogg). Desde 1943, el Punto IV, a través del "Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública" (SCISP), comenzó a enviar a profesionales peruanos a capacitarse en Salud Pública en Universidades y Escuelas de Medicina Preventiva y Salud Pública de Estados Unidos. La gestión y, fundamentalmente, la coordinación de la asignación de dichas becas estaba a cargo del "Departamento de Selección y Entrenamiento" del MSPAS.

Como ya se informó, desde el inicio de los 50 se había renovado el discurso académico destacando la importancia de los estudios de la Medicina Preventiva y Social. De manera concordante con ese discurso, Alberto Hurtado manifestaba en el año 1955 lo siguiente: "Otra actividad es la relacionada con la higiene y salud pública. Su necesidad e importancia no requiere de menor discusión. Es de desear que en los años venideros los médicos higienistas encuentren, en primer lugar, la posibilidad de adquirir en el país, en una Facultad o Escuela de Salud Pública, la preparación técnica para ejercer esta labor..., y en segundo lugar, que las perspectivas económicas correspondan a las legítimas aspiraciones de vivir decorosamente y de llevar a cabo su trabajo con eficiencia y verdadero provecho para la salud colectiva"^[15].



PERIODO II: EDUCACIÓN MÉDICA EN UN PAÍS EN RECOMPOSICIÓN SOCIAL: 1960-1968

Masificación universitaria en un escenario demoliberal

La Ley N° 13417 como parte de una estrategia "desarrollista": 1960-1968

Entre 1956 y 1968, se producía una "recomposición de la sociedad peruana", la cual era una consecuencia de cuatro procesos que se desarrollaban casi simultáneamente, en un contexto de rápido crecimiento económico impulsado por las inversiones extranjeras. Procesos de: 1) ampliación y renovación de las fuerzas laborales urbanas y de sus organizaciones sindicales; 2) crecimiento urbano inusitado, producto de las migraciones rurales, con la consiguiente presencia de sectores "marginales" en las grandes ciudades; 3) movimiento campesino serrano, que perseguía acabar con las decadentes, aunque vigentes, formas de dominación precapitalistas; y, 4) ampliación de las clases medias urbanas, en especial el crecimiento de los sectores profesionales y asalariados que establecieron sus organizaciones representativas. El perfil de las principales ciudades del país cambiaba, sus nuevos habitantes traían nuevas formas de pensar, de actuar y de vivir, se comenzaba a crear una nueva cultura urbana. Eran hombres emprendedores que buscaban en la ciudad un porvenir más digno que el ofrecido por el campo. Esa nueva composición social, facilitaría en el futuro una "generalización" de la participación popular en la vida política, en especial de la campesina y la serrana.

El Proyecto reformista de la nueva clase media propugnaba, en esos años, una política redistributiva que acabaría con la oligarquía. Entendía al subdesarrollo nacional como el resultado de la dependencia del capital extranjero y, por lo tanto, planteaba un "cambio de estructuras" que hiciera posible la nacionalización de la economía peruana. Además, señalaba la necesidad de crear instituciones que otorgaran al Estado la capacidad de ejercer funciones de árbitro social. Estas ideas se vieron fortalecidas por el ejemplo de la revolución cubana, las teorías de la CEPAL y las estrategias "desarrollistas" promovidas por la "Alianza para el Progreso", explicitadas en la "Carta de Punta del Este" de 1961. Ese Proyecto fue adoptado por importantes sectores del Ejército y de la Iglesia. Luego, en el Centro de Altos Estudios Militares surgiría una variante de la "doctrina de la seguridad nacional" promovida por el Ejército.

Desde la década anterior, las políticas gubernamentales ya habían pretendido atender de manera simultánea las demandas de fomento de la ascensión social de las clases populares, la descentralización del país y el impulso de la industrialización, como medidas estratégicas centrales para el desarrollo económico y la democratización nacional. En esta pretensión, las

universidades eran las entidades encargadas de la formación de los grandes contingentes de profesionales y técnicos que se requerían para garantizar la aplicación de tales medidas. Además, los efectos del crecimiento poblacional, los movimientos migratorios y el apoyo que los gobiernos anteriores otorgaron a la educación secundaria habían masificado los contingentes de jóvenes que terminaban la secundaria y luchaban por ganar una de las escasas plazas que ofertaban las universidades. En estas circunstancias, se produce un nuevo intento de reforma universitaria, cuya expresión legal es la Ley N° 13417, promulgada el 8 de abril de 1960 por Manuel Prado. Norma que previamente había sido aprobada por el Parlamento de entonces, en diálogo con las autoridades universitarias y con la Federación de Estudiantes; y que, en consecuencia, recogió las principales demandas del movimiento universitario: autonomía, restitución del tercio estudiantil en el gobierno de la universidad, derecho de tacha, cátedra paralela, gratuidad de la enseñanza en las universidades estatales, extensión social, etc. Cuatro meses después, el Consejo Universitario de la UNMSM, en sesión del 24 de agosto de 1960, aprobó su Estatuto Universitario¹⁴¹.

En el Perú, la década de los 60 fue el escenario de una expansión sin precedentes de la población universitaria. Con la Ley Universitaria N° 13417, se establece que sólo por ley el Estado podrá crear o suprimir universidades nacionales, y que se podrán fundar universidades particulares y facultades previa autorización del Gobierno, siempre que se acredite su necesidad y la existencia de medios pedagógicos y económicos que aseguren su funcionamiento. Lo simple y el carácter general del texto permitió la creación indiscriminada de instituciones universitarias. Al inicio de 1958 existían nueve Universidades y al final de 1968 funcionaban 34 universidades (22 públicas y 12 privadas). El número de matriculados universitarios se elevó de 30 102 en 1960 a 64 089 en 1965 y a 107 228, en 1970; es decir, se multiplicaría (3,6 veces) en un período de apenas diez años^{120, 211}.

Nuevas Facultades de Medicina y nuevas preocupaciones: 1960-1968

Las Facultades de Medicina, como participantes del proceso de expansión universitaria descrito, debían atender, además de las demandas sociales generales, los requerimientos urgentes de un mayor número de profesionales médicos para operar la nueva infraestructura física de salud y satisfacer las crecientes demandas de servicios de salud en todo el país. Hasta 1967 continuarían las tendencias ascendentes del crecimiento de la infraestructura física hospitalaria y del desarrollo de los servicios de atención ambulatoria en el Sector Público en Salud. Para atender esos requerimientos y demandas, siempre crecientes, se crearon nuevas Escuelas de Medicina.

Al inicio de 1958, reiteramos, operaba solamente la Facultad de Medicina de San Fernando, mientras que al final de 1968 fun-



cionaban siete. Además, de la Facultad Cayetano Heredia, de propiedad privada; las nuevas Facultades eran las de Trujillo (1958); Arequipa (1958); Ica (1961); Cajamarca (1963); y "Federico Villarreal" (1966) en Lima. De ese total, seis eran públicas y cuatro habían sido creadas dentro del marco normativo general de la Ley N° 13417, promulgada el 8 de abril de 1960^[21].

En 1964, se constituyó la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), institución académica que comenzó a actuar como organismo asesor y coordinador con el Ministerio de Salud, en el área de la enseñanza médica. Reúne a los Decanos de las Facultades de Medicina y al Director de la Escuela de Salud Pública. Su primer Presidente fue el Dr. Alberto Guzmán Barrón. Desde el inicio de sus actividades, se dedicó a elaborar un esquema de requerimientos mínimos para el establecimiento de Escuelas de Medicina y a constituirse en una instancia de discusión y orientación en el área de educación médica^[22].

La creación de ASPEFAM en 1964 y el carácter de sus actividades hasta el año 1968 son hechos que expresaban una preocupación temprana sobre el peligro de la apertura de Facultades de Medicina sin el previo cumplimiento de requisitos académicos mínimos, así como de la ausencia de mecanismos de regulación para garantizar la calidad de la educación médica en el país. En ese lapso organizó, con el apoyo de la OPS, cuatro Seminarios Nacionales de Educación Médica, en Paracas (1964), en Arequipa (1965), en Trujillo (1966) y en el Centro de Huampaní, Lima (1968). Este último con los auspicios y apoyo financiero de los Ministerios de Salud y de Educación, Fondo de Salud y Bienestar Social, OPS y la Fundación Hipólito Unanue del Perú. La protección de la calidad de la formación médica se había convertido en una nueva preocupación para el MSPAS, que hasta entonces sólo se había interesado en promover el incremento del número de médicos y su mejor distribución en el país^[22].

Entre 1966 y 1967, como respuesta a una nueva demanda política y académica de una revisión de la formación del médico, se realizaron en el país varios eventos universitarios para analizar la orientación y los logros de la educación médica. En los organizados por la Facultad de Medicina de la UNMSM, dirigida en esos años por el Dr. Jorge Campos Rey de Castro, se concluía: "es fundamental que la Facultad de Medicina cambie la orientación de la educación que actualmente imparte, la que es eminentemente informativa, orientándola a la medicina integral" para formar profesionales que "tengan una clara concepción de la medicina integral, con capacidad para continuar su autoeducación y con amplitud de promover el desarrollo de la comunidad (...) Los egresados no están capacitados, actualmente, para cumplir eficientemente este papel por su formación orientada eminentemente con un sentido curativo e individual; por su preparación carente de sólidas bases de medicina preventiva y social y sin una concepción clara del papel promotor del desarrollo económico-social que están llamados a asumir"^[23, 24].

INTENTOS DE REORIENTACIÓN DE LA EDUCACIÓN MÉDICA: 1960-1968

En el Perú, no obstante el discurso de Hurtado y de la racionalidad de las propuestas de reorientación de la educación médica hechas en los seminarios de Viña del Mar (Chile, 1955) y de Tehuacán (México, 1956), no se pudo instrumentar adecuadamente el programa de formación resultante de dichas propuestas. Sólo como consecuencia de la renuncia masiva de docentes de la Facultad de Medicina San Fernando ocurrido en 1961, se presentó una coyuntura favorable para dicha instrumentación. En esta oportunidad, el Consejo Provisional de dicha Facultad creó el "Departamento de Ciencias Médico-Sociales", en reemplazo de la antigua cátedra de "Higiene y Medicina Social". De acuerdo a las nuevas tendencias teóricas de la educación médica, se asignó a este Departamento el importante papel de reorientar la formación del médico general, tratando de modificar el carácter esencialmente asistencial y la tendencia a la especialización que se seguía fomentando en los otros cursos del currículo médico.

Para cumplir ese difícil papel el nuevo Departamento debió de extender sus actividades a todos los años de la carrera médica. El primer año: un cursillo de Higiene y Biometría (15 horas); en el segundo: Estadística Médica (60 horas); en el tercero: Epidemiología coordinada con el "Departamento de Enfermedades Infecciosas, Parasitarias y Tropicales" (36 horas); en el cuarto: Antropología Social (50 horas); y en el quinto: Medicina Preventiva y Social (80 horas). Posteriormente se agregó Sociología en el segundo año de estudios. Además, se dictaba "Historia de la Medicina" (36 horas en el segundo año). El Departamento, dirigido por el Dr. J. Cornejo Ubilluz, funcionó de esta manera desde 1962 hasta febrero de 1969, cuando el nuevo Gobierno Militar promulgó el Decreto Ley N° 17437. En la realidad, el poco tiempo de la aplicación de la propuesta, la escasa disponibilidad de recursos y, especialmente, la resistencia "silenciosa" de los otros Departamentos limitaron los resultados de los esfuerzos de las autoridades de la Facultad para reorientar la formación del médico. Por otro lado, el Instituto de Medicina Social dejó de funcionar como tal, y el Departamento de Ciencias Médico-Sociales reforzó, más bien, sus vínculos con el Instituto de Medicina Tropical^[25, 26].

Paralelamente a esos sucesos nacionales se difunden, a nivel latinoamericano, las ciencias sociales en salud con teorías que disocian el comportamiento individual de su base social. La Fundación Milbank había concentrado su apoyo al desarrollo de dichas ciencias en salud, y el Punto IV incorporado científicos sociales, especialmente antropólogos, en sus programas operativos. Muchas experiencias educativas de esos años se caracterizaban por su enfoque funcionalista o conductista, que privilegiaba la técnica en detrimento del concepto, con

alejamiento de la realidad social concreta. La primera evaluación sobre los resultados de esta enseñanza fue realizada en 1965 en la Mesa Redonda sobre “Ciencias de la Conducta y Enseñanza Médica en América Latina”, durante la 60ª Conferencia de Aniversario de la Fundación Milbank. En este evento, se llegó a la siguiente conclusión: “Tal como son impartidos en muchas facultades de medicina latinoamericanas, los conceptos de ciencias sociales a menudo aparecen apagados o entremezclados con los preceptos de medicina social o de filosofía social”. En la 60ª Conferencia se informó que un estudio realizado en 1964 y en el 47% de dichas facultades, sólo en el 25 % de esa muestra se ofrecían cursos de antropología, sociología o psicología. Tres años después de dicho estudio, en 1967, J.C. García realizó una segunda evaluación que abarcó un total de 100 escuelas o facultades de Medicina, en la que se verificó que en el 79% de este total se enseñaba “ciencias de la conducta”. En esta segunda evaluación, se detalla que la importancia relativa de los temas ofrecidos era la siguiente: conceptos básicos, 78%; ecología y medio ambiente, 58%; conducta y salud-enfermedad, 55%; aspectos psicosocioculturales de la atención médica, 39%. Las dos terceras partes de las horas-alumno correspondían a clases teóricas en aula^[27,28].

ESTUDIOS MÉDICOS EN EL PERÚ

Nuevas Facultades de Medicina y estudios de pregrado: 1960-1968

En 1961 se planteó un grave problema universitario relacionado con el rechazo que los profesores de la Facultad de “San Fernando” hacían a la aprobación en el Parlamento de la vigencia del “tercio estudiantil” en los estudios médicos, es decir, la representación de los estudiantes en el gobierno de la Facultad. La consecuencia final de este problema fue que el 25 de julio de 1961 casi el 60 % de los profesores (423 de un total de 711 plazas), hicieron entrega de sus renuncias irrevocables al Decano, Dr. Honorio Delgado. Ese mismo día se aprobó una moción que creó la “Unión Médica Docente Cayetano Heredia”. Dichas renuncias se hicieron efectivas el 14 de agosto de 1961^[26,29].

El 22 de septiembre de 1961 se expidió la Resolución Suprema firmada por el Vicepresidente de la República, Sr. Luis Gallo Porras, por la que se creó la “Universidad Peruana de Ciencias Médicas y Biológicas”, con su Facultad de Medicina Cayetano Heredia. El Rector de la universidad era el Dr. Honorio Delgado; el Decano de la Facultad, el Dr. Alberto Hurtado y el personal docente estaba constituido por los profesores renunciados citados. El 2 de enero de 1962 abrió sus puertas la nueva universidad particular, en el viejo local del Colegio Belén. En abril de 1962 se llevó a cabo el primer examen de ingreso a la universidad, y en mayo del mismo año se inicia-

ron las actividades en los diferentes años de medicina. A los ingresantes, se le habían sumado 200 alumnos que habían dejado las aulas sanfernandinas para acompañar a sus maestros. En 1965, por acuerdo de la mayoría de profesores se cambió el nombre de la Universidad por el actual: “Universidad Peruana Cayetano Heredia” (UPCH).

En la coyuntura de crisis narrada, el Consejo Universitario de la UNMSM el día 14 de setiembre de 1961, expidió la Resolución N° 18886, por medio de la cual se crea una “Junta Transitoria de la Facultad de Medicina” y aprobó, el 2 de enero de 1962, la Resolución N° 19243 que constituyó, en reemplazo de la Junta, el “Consejo Provisional de la Facultad de Medicina”. La Junta, primero, y luego el Consejo Provisional se encargaron de tomar, con éxito, las medidas necesarias para continuar con las actividades académicas y normalizar el funcionamiento de la centenaria Facultad. Normalización que culminó el 17 de agosto de 1962 cuando se instaló el nuevo y definitivo “Consejo de la Facultad de Medicina”^[26]. “En los años anteriores a la crisis, muchos especialistas de Lima habían realizado varios intentos para obtener puestos docentes, cuando se produjo la crisis de 1961 vieron su oportunidad, en pocos meses, la mayoría de los puestos docentes estaban copados y para 1962 San Marcos estaba de nuevo en funcionamiento completo”^[29].

El Consejo Provisional de la Facultad de Medicina de la UNMSM nombró una Comisión encargada de proponer un nuevo currículo de formación médica, presidida por el Dr. Alberto Guzmán Barrón. La propuesta, que luego fue aprobada e instrumentada parcialmente, consideraba la organización de la enseñanza a través de 10 Departamentos Académicos, cada uno responsable de un conjunto de cursos afines. Uno de ellos era el “Departamento de Ciencias Médico-Sociales”, al que nos hemos referido anteriormente.

La Universidad Nacional de “San Luis Gonzaga” de Ica, fue creada por Ley N° 12495 de 20 de diciembre de 1955, iniciando sus actividades académicas el 27 de mayo de 1961 con cinco facultades, siendo una de ellas la de Medicina. Esta adoptó inicialmente un plan de ocho años, con una currícula similar a la de San Fernando.

El 13 de febrero de 1962 se promulgó la Ley N° 14015 que crea la “Universidad Técnica de Cajamarca” con seis Escuelas, una de ellas era la “Escuela de Medicina Rural”, que adoptó un currículo particular centrado en los problemas andinos de salud y en el trabajo práctico rural, con énfasis en la antropología, sociología, lengua indígena y otros temas vinculados a la atención de las poblaciones autóctonas. A pesar de sus escasos recursos académicos y económicos comenzó a admitir estudiantes de premédicas en 1963. Un currículo tan particular y los limitados recursos de dicha Escuela generó preocupación sobre el posible deterioro de la calidad mé-



ca en el país, y fue una de las causas de la formación en 1964 de la ASPEFAM, de la cual formaban parte las otras cinco Facultades de Medicina que ya operaban en el país. En 1965, las autoridades de la Escuela de Cajamarca adoptaron un currículo básico similar al vigente en las otras Facultades. No obstante, dicha Escuela tuvo una vida corta, no llegando a titular ningún profesional. La mayoría de sus estudiantes se trasladaron a otras universidades, en especial a la Universidad Nacional de Trujillo.

En 1964, la información obtenida de las tres Facultades con seis o más años de operación, indicó que al final de la década del 50 y comienzos de la del 60, aproximadamente el 9% de los estudiantes matriculados no completaban sus estudios, cifra muy inferior a la del 32% registrada en la de San Fernando durante el período 1948-1958¹⁰¹. La creación de nuevas Facultades de Medicina disminuyó, en general, el nivel de exigencia académica y agravó un problema ya existente: la escasez de profesores calificados para satisfacer los requerimientos de una educación médica de calidad.

En diciembre de 1964 empezó a funcionar el Hospital Regional de Trujillo, como el primer "Hospital Docente Universitario" de nuestro país. La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo comenzó a utilizarlo para el adiestramiento clínico de sus alumnos. Facultad que, en años anteriores, había utilizado para dicho aprendizaje el barco hospital del "Proyecto Hope"¹⁰¹.

La "Universidad Nacional Federico Villarreal" (UNFV) fue creada el 30 de octubre de 1963, por Ley N° 14962. Las actividades de la nueva Facultad de Medicina se iniciaron el 21 de noviembre de 1966, en un local provisional con el primer año de premédicas. El primer Decano de la Facultad fue el Dr. César Reynafarje Hurtado y el primer secretario, el Dr. César López Silva.

Como consecuencia del aumento del número de Facultades de Medicina, la tendencia al incremento del "número promedio anual" de médicos egresados se aceleró, con registros de 258,3 y 330,5 por año, para las décadas de 1948-1957 y de 1958-1967, respectivamente. Este último valor era el cuádruple del registrado en la década 1937-1946³.

Estudios Médicos de Postgrado: 1960-1968

En 1962 y en 1963 se crearon Escuelas de Graduados en las Facultades de Medicina de la UPCH y de la UNMSM, respectivamente; escuelas encargadas de organizar y orientar el "perfeccionamiento" de sus graduados. La formación de especialistas médicos había sido, en sus comienzos, el resultado de la iniciativa de algún Médico Jefe de un Servicio, con capacitación en la especialidad, que mantenía una doble relación laboral: con el sistema productor de servicios y con una Facultad de Medicina. Posteriormente, esta actividad se incrementó con la creación de los hospitales docentes.

Recién en 1963, mediante la Resolución Ministerial 90-63-DGS, se formalizó el llamado "Reglamento del Residentado Médico Hospitalario" que creó el "Comité de Educación, Médica". Luego con la participación de los representantes de las Escuelas de Graduados mencionadas, el MSPAS elaboró y aprobó, por Resolución Ministerial 241/65-DGS, el "Programa de Adiestramiento Médico por el Sistema de Residencia". Cada Facultad de Medicina formulaba el Programa de Estudios correspondiente a una especialidad determinada, que era ejecutado y supervisado por el Comité. Al término del Programa, el nuevo especialista recibía un "certificado" de haber realizado dichos estudios, firmado por el Director del Hospital. En 1964, el único programa de residentado bien organizado era el existente en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas de Lima. No se había establecido en el país ningún sistema formal para otorgar el título de especialista médico y las asociaciones de especialistas eran escasas. Pocos de los médicos autocalificados como "especialistas" habían recibido adiestramiento bajo la modalidad de residentado en Europa y en Estados Unidos.

El año 1965 se crea el "Programa de Residentado Médico" de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo, siguiendo siempre la "corriente americana", con la finalidad de "formar especialistas a la manera de los Hospitales americanos", contando con la participación de la plana Docente-Asistencial del Hospital Regional Docente, afiliado a la Facultad¹⁰¹.

El gran incremento de la infraestructura hospitalaria, así como la expansión y desarrollo de los servicios de salud, hicieron más notoria la escasez de personal profesional capacitado en la dirección y la gestión de los hospitales y de la Salud Pública, así como más apremiante la necesidad de resolver dicho problema. En 1961, a iniciativa del SCISP, el Ministerio creó el "Programa de Capacitación de Personal de Salud Pública", luego "Subprograma N° 8 del SESP", cuyo propósito principal era "organizar en el país la preparación técnica del personal de los distintos campos de la salud pública, para satisfacer gradualmente las necesidades... del Ministerio...". Con la orientación técnica de los expertos del AID —en ese entonces destacados en el país— se puso en marcha, a principios de 1962, el Centro de Capacitación de Salud Pública, como órgano ejecutor del mencionado Programa. En cumplimiento de su Plan de Operaciones, trazado para los primeros cinco años, se iniciaron las actividades con el desarrollo de cursos para personal profesional y auxiliar. Al cumplirse, con singular éxito, las metas previstas para los dos primeros años, el Gobierno consideró que el Centro había adquirido la experiencia educativa indispensable y que contaba con el personal docente y las facilidades físicas necesarias para adquirir la jerarquía académica de una Escuela de Salud Pública del Perú, encargada de capacitar en salud pública y en administración de servicios de salud a los cuadros directivos del Ministerio y de otras entidades del Sector Público en Salud^{103,104}.



PERÍODO III: EDUCACIÓN MÉDICA DURANTE EL GOBIERNO DE LA FUERZA ARMADA: 1968-1980

Oferta médica en un escenario de reforma autoritaria

La reforma educativa como parte de una estrategia autocrática: 1960-1968

En octubre de 1968 se inició, “por la razón de la fuerza y la fuerza de la razón”, el autodenominado “Gobierno Revolucionario de la Fuerza Armada” (GRFA) que, en su primera fase aplicó, de manera autocrática, un proyecto nacionalista de carácter reformista, definido como una “democracia social de participación plena”. El aparato público, a través de la creación de nuevas entidades y de la nacionalización y estatización de la economía, se expandió de manera significativa. Las medidas adoptadas liquidaron a la oligarquía terrateniente, aunque se mostraron incapaces de conciliar el proceso de reformas estratégicas con la política económica. La conducción voluntarista de la economía, unida a una conducta política errática, en un afán de controlar la sociedad civil y mantener su autonomía frente a ella, hicieron fracasar el proyecto. A fin de 1974, se anunció al país la existencia de una crisis económica que provocó la introducción de cambios en el comando y en la orientación del Gobierno Militar, a partir de agosto de 1975. En 1976 se estabilizó la llamada “segunda fase” del GRFA, iniciándose la reversión de las reformas realizadas en los años anteriores³¹¹.

El GRFA encontró una Universidad politizada con graves conflictos internos. Por tal razón promulgó en febrero de 1969 la “Ley Orgánica de la Universidad Peruana”, Decreto Ley N° 17437, que define a la Universidad Peruana como el conjunto de todas las universidades del país, integradas en un “Sistema Universitario” único, cambia el régimen de Facultades por el de Direcciones de Programas Académicos y crea la “Comisión Nacional de la Universidad Peruana” (CONUP) como Organismo Máximo representativo y de dirección del Sistema Universitario. Asimismo, el Departamento Académico pasa a ser la unidad organizativa fundamental que, centralizando los profesores y áreas afines, sirve a todos los Programas. Así por ejemplo, el anterior “Departamento de Ciencias Médico Sociales” de la Facultad de Medicina de San Fernando se convirtió en el “Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública”, con la función de enseñanza a los diversos Programas Académicos de Ciencias de la Salud³¹¹.

El CONUP elaboró el “Estatuto General de la Universidad Peruana”, donde señaló con claridad los propósitos de calidad institucional, los cuales se extendían al control de programas académicos, que no podían funcionar sin autorización del Con-

sejo. Las atribuciones otorgadas al CONUP coincidían con el de un organismo acreditador y evaluador de instituciones y carreras. Para aplicar esas atribuciones se estableció la autoevaluación que, luego, era complementada con una evaluación externa por pares académicos nombrados por el CONUP, para examinar el funcionamiento de las universidades *in situ*. Los resultados del control fueron: numerosas intervenciones, recesos y reorganizaciones impuestas a diversas universidades; destituciones de autoridades; y en la clausura de carreras. Ello, provocó una reacción negativa de las universidades frente a lo que consideraban una intromisión en su autonomía.³¹²

En marzo de 1972, se promulgó la nueva “Ley General de Educación”, Decreto Ley N° 19326, importante proyecto de reforma total de la educación peruana, que trató de impulsar un sistema educativo para el trabajo, fuertemente vinculado con el proyecto de modernización e industrialización que se estaba aplicando. Con este propósito, la norma introdujo varias innovaciones que apuntaban a romper con la orientación “terminalista” del anterior sistema educativo hacia la universidad y asegurar la preparación al trabajo productivo en todos los niveles educativos. La innovación más audaz fue la creación de las “Escuelas Superiores de Educación Profesional” (ESEPs), diseñado como el “Primer Ciclo de Educación Superior”, intermedio entre la Educación Básica y la Universidad, con el fin de proporcionar una formación y certificación de “bachiller profesional” que permitiría a los egresados de dicho ciclo ingresar en el mercado de trabajo sin tener que seguir el ciclo universitario. Las ESEPs se convertirían en un nivel de estudios obligatorios para todos, incluyendo a quienes luego postularían a la universidad. La constitución de las ESEPs fue un proceso accidentado que sería interrumpido en 1983; sin embargo, llegaron a funcionar unas 100 ESEPs a nivel nacional con una población cercana a los 50 000 estudiantes³¹¹.

La Ley General de Educación se ocupó específicamente, en su sección 4.a, de la Universidad. En su exposición de motivos, se afirma críticamente que las universidades estaban “desconectadas del sistema educativo” y que tenían una “tendencia a vivir aisladas de la realidad nacional”. La norma derogó la “Ley Orgánica de la Universidad Peruana” de 1969, desactivando formalmente el CONUP, aunque mantuvo el “Sistema de la Universidad Peruana”. Un nuevo Estatuto General debía reglamentar esta sección, pero la existencia de una serie de problemas impidieron que el nuevo Estatuto entrara en vigencia, dándose una situación en que la universidad tuvo que continuar funcionando con el anterior Estatuto, que obedecía a una norma ya derogada. Por tal motivo, el CONUP siguió funcionando con atribuciones disminuidas, hasta que en agosto de 1980 fue reemplazado por el “Consejo Nacional Interuniversitario” (CONAI), órgano meramente consultivo.



Mientras estuvo vigente dicho Estatuto General sólo se crearon 3 universidades, todas ellas públicas; sin embargo, el número de matriculados en la Universidad Peruana siguió creciendo de manera importante, de un total de 107 228 en 1970 a otro de 255 614 en 1980. Finalmente, con relación al CONUP, que llegó a convertirse en símbolo del autoritarismo y de la negación de la autonomía universitaria, “No puede negarse que fue el primer intento serio por racionalizar el crecimiento anárquico que estaba ocurriendo en el Sistema Universitario, al mismo tiempo que se establecían parámetros para un control de la calidad académica y de la pertinencia de la formación profesional”^[32].

Reducción del gasto en salud y formas no convencionales de trabajo: 1968-1980

Durante la gestión del GRFA, se hicieron cambios importantes en la organización y la propiedad de las entidades de salud, pero se redujo sensiblemente la proporción del gasto público en salud. Se promulgaron el Código Sanitario (1969), la Ley Orgánica del Sector Salud (1972), el Decreto del Sistema Nacional de Servicios de Salud (1978), la norma de desactivación de la función financiera del Fondo Nacional de Salud y Bienestar (1972), el Decreto de creación del Colegio Médico del Perú (1969). Asimismo, se formalizó el inicio del Servicio Civil de Graduandos de Ciencias de la Salud (SECIGRA- Salud, 1972), la integración de los servicios hospitalarios de las Beneficencias a la administración del Ministerio de Salud (1972), la gratuidad de la atención materno infantil (1974) y, finalmente, la integración progresiva de las entidades del seguro social, que culminó con la creación del Instituto Peruano de Seguridad Social (1979)^[33].

La reducción de la magnitud de gasto público en salud provocó, durante todo el período 1968-1980, una declinación progresiva de las tendencias al incremento de la infraestructura física hospitalaria y de los servicios de atención médica ambulatoria. Es así, que la tasa de camas hospitalarias por mil habitantes descendió de 2,52 en 1964 a 1,92 en 1980. La dinámica de la inversión de capital fijo en salud, fue mayor en el Sector Privado, cuya participación en la propiedad de las camas hospitalarias disponibles se elevó de 12,8% en 1964, a 20,0% del total en 1979^[33]. Además, los cada vez más limitados recursos financieros del Sector Público en Salud impidieron crear nuevos puestos de trabajo médico a la misma velocidad con que crecía la oferta médica universitaria, no obstante que muchas provincias del interior del país aún no tenían acceso a la atención médica.

Para corregir esos problemas de cobertura, el Ministerio de Salud trató de aprovechar las oportunidades que, al respecto, le ofrecía la Ley General de Educación en sus Títulos IX, “Pri-

mer Ciclo de Educación Superior”, y XXXIII, “Servicio Civil de Graduandos” (SECIGRA). Oportunidades que le permitirían utilizar recursos humanos no convencionales –con educación superior– en las provincias mencionadas:

- En diciembre de 1972, por Decreto Ley N° 19646, se autorizó al Ministerio de Salud el inicio de un Programa Piloto del “Servicio Civil de Graduandos de Ciencias de la Salud” (SECIGRA-Salud). Como era de esperar, se produjeron protestas de las autoridades universitarias y del gremio médico por la implantación de ese tipo de servicio en el campo de la salud. No obstante, en 1975 el CONUP ratificó la obligatoriedad del servicio como requisito para optar el título de una profesión médica. En su etapa de mayor expansión, el Sector Salud logró una cobertura del 90% de los distritos del país, con el apoyo de un promedio anual de 2 000 secigristas. En algunas de las Regiones de Salud, el 30% de los Centros de Salud rurales eran conducidos por secigristas. Pero, el Programa sólo funcionaría hasta 1982, cuando el nuevo Gobierno lo reemplazó por el “Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud” (SERUMS) que, a diferencia del SECIGRA, es para los profesionales de la salud titulados^[31].
- Como ya se informó, la constitución de las ESEPs, del “Primer Ciclo de Educación Superior”, fue un proceso accidentado que sería interrumpido en 1983. Ello fue una consecuencia de la resistencia de los gremios de profesionales universitarios, que nunca aceptaron que un Bachiller egresado de las ESEPs estuviera facultado a ejercer su profesión en el campo ocupacional para el cual había sido formado, sin más limitaciones que lo establecido en el perfil profesional respectivo. El Bachiller del Área Profesional de Salud sería capaz de atender los problemas y necesidades prioritarios y frecuentes de salud, a nivel primario o básico, con preferencia en zonas rurales y urbano marginales y, a la vez, contribuir decididamente al desarrollo de éstas y del país. En el año 1975, se inició la formación de bachilleres en el área de salud en siete ESEPs experimentales ubicadas en Lima (Comas), Piura, Moquegua, Juliaca, Cuzco, Huancayo e Iquitos^[31].

En mayo de 1977, durante la 30a. Asamblea Mundial de la Salud, los Estados miembros de la OMS resolvieron que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS para el resto del siglo debería ser “el logro para todos los ciudadanos del mundo para el año 2000 de un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”, definiendo a la “atención primaria de la salud” como la estrategia básica para alcanzar dicha meta. En cumplimiento de este compromiso, el GRFA formuló el “Plan Nacional de Atención Primaria de Salud 1979-1983”, e inició su aplicación que fue interrumpida tempranamente en 1980 por el nuevo Gobierno^[31].



INTENTOS DE CAMBIO EN LA EDUCACIÓN MÉDICA

Intentos de reorientación y cambio curricular: 1968-1980

A nivel de América Latina, al final de la década de los 60 y la primera mitad de la década de los 70, se asistió a una crítica de las propuestas de cambio curricular que venían siendo instrumentadas por las escuelas de medicina. Críticas centradas sobre el enfoque conductista y positivista dominante en la educación y en la investigación en ciencias sociales. También se discuten las diferencias entre la Medicina Preventiva, la Medicina Social y Salud Pública; destacando al respecto el análisis de J. C. García (1972) y Arouca (1975). En la práctica, los planes curriculares de aquellas escuelas tenían dos ejes paralelos: 1) el eje de las materias biomédicas y clínicas, las cuales en conjunto cubrían del 80 al 90% del tiempo de los estudiantes; y, 2) el eje de la medicina preventiva y social, cuyas materias se incorporaban al plan de una manera independiente, ocupando entre un 10 y 20% del tiempo del estudiante.

El trabajo de García (1972) presentaba los resultados una amplia investigación sobre la educación médica en 1968. En la cual se verificó el hecho de que todas las escuelas médicas latinoamericanas, con cursos completos, tenían en su estructura organizativa una unidad encargada de la enseñanza de los aspectos preventivos y sociales, pero no había una área específica de medicina social; "lo social" estaba incluido en las llamadas ciencias de la conducta o diluido en otras disciplinas, el 45% de las escuelas investigadas incluían programas extramuros y que la media de horas/alumnos en las disciplinas de medicina preventiva y social era de 205^[28]. Seis años después, en 1974, la OPS realizó un seminario de evaluación de los resultados de la aplicación de las recomendaciones de Viña del Mar y de Tehuacán y llegaron a las siguientes conclusiones: 1) se lograron los objetivos en su parte estructural, con la incorporación de las diferentes disciplinas de medicina preventiva en los planes de estudio; 2) las metas de obtener la transformación de la práctica en salud, especialmente la atención médica, mediante la formación de un profesional capacitado para realizar esos cambios, no se concretaron; 3) la enseñanza de la medicina preventiva despertaba poco interés entre los estudiantes^[31]. Un estudio posterior de Villanueva y Quintana en una muestra de 25 escuelas o facultades de medicina, con datos correspondientes al año 1978, mostraba la persistencia de una clara preferencia por las áreas básica y clínica en la currícula de formación médica. En la muestra se incluían dos facultades peruanas—la de San Agustín y la de F. Villarreal— que mostraban, aproximadamente, la siguiente distribución horaria: Básica, 40%; Clínica, 29%; Patolo-

gía, 10%; Salud Pública, 10%; Cirugía 9%; y, Social, 0%)^[33]. A mediados de la década de los 80 existía el consenso de que no se había podido culminar el proceso de integración de lo social y lo biológico en la educación médica.

En 1967, la "Universidad Peruana Cayetano Heredia" firmó un primer convenio con el MSPAS, para la utilización del Hospital del Rímac, de propiedad del Ministerio, así como para la injerencia en el área de influencia de éste; con la finalidad de construir una "comunidad de acciones de salud y de docencia e investigación". Dos años después, la UPCH logra iniciar el primer Programa de Medicina Comunitaria en nuestro país. Para el Dr. Carlos Vidal^[36], es un "nuevo enfoque de la Medicina", en tanto "constituye la formación (docencia, investigación, proyección social) de profesionales de la salud con una actitud de servicio a la comunidad, dentro del marco de acciones integrales de salud..." En 1972 se renovó el convenio, y este nuevo Programa de Proyección Social se extendió a otras zonas del país a través del Internado Rural, viajes de investigación en la Selva, etc. En la segunda mitad de la década de los 80, sin embargo, la vigencia del Programa perdió ímpetu y apoyo interno lo que se hizo más manifiesto con la creciente presencia del terrorismo en el medio rural y urbano marginal. Este Programa tuvo que ser desactivado por la misma UPCH en 1991.

En el mismo Perú, entre 1967 y 1980, como respuesta a una nueva demanda política y social de una revisión de la formación del médico, se realizaron en el país varios eventos universitarios para analizar la orientación y los logros de la educación médica. En estos eventos se hacen propuestas de reforma de dicha educación que no llegan a concretarse. Uno de los más importantes, es el "Primer Seminario Nacional de la Enseñanza de la Medicina Preventiva en los Programas Académicos de Medicina Humana en el Perú", realizado en 1974, que fue organizado con el propósito de mejorar la enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en los Programas Académicos de Medicina de las Universidades del Perú. Para este evento se realizó una encuesta, en la que se verificó lo siguiente: 1) no se había producido la esperada integración académica y de investigación; 2) se continuaba con el sistema de asignaturas independientes, sin la existencia de un fin común concreto y bien definido para el aprendizaje; 3) la mayor proporción de horas-alumno correspondía a Medicina Interna, siguiendo las áreas de Ciencias Fisiológicas, Morfológicas y Cirugía; 4) las unidades de Medicina Preventiva tienen el nivel de Departamento independiente en las universidades de San Marcos, Cayetano Heredia y Trujillo, y de sección de otros Departamentos en las de San Agustín de Arequipa, San Luis Gonzaga de Ica y Federico Villarreal^[37].



En 1978, el Dr. Carlos Quiroz Salinas^[38], distinguido médico sanitarista y docente universitario, criticaba el carácter de esos esfuerzos: “Se abandona, pues, el terreno de fondo, económico-social, para discutir el problema de la salud sólo en el terreno educacional (...) Es así que se lleva a cabo una serie de reuniones internacionales para analizar la situación de la enseñanza de la ‘medicina preventiva’, en las que se considera el problema... y se estudia, fundamentalmente, el aspecto educacional y en relación con el profesional que los países necesitan. Estas reuniones internacionales van seguidas de otras de nivel nacional que invariablemente concluyen en la imperiosa necesidad de cambiar el currícula de estudios para otorgar especial interés a los aspectos preventivos y sociales, siendo los ‘más entusiastas’ en aceptar esos conceptos los profesores de las ciencias básicas y clínicas... Son muchos los esquemas que se proponen pero ninguno de ellos llega a plasmarse en una acción realmente efectiva”.

Normas de regulación y delimitación del campo clínico: 1971-1980

Desde el año 1971, se precisaron algunas medidas para enfrentar los problemas que ya generaban el crecimiento casi anárquico de la matrícula universitaria de los profesionales de las ciencias de la salud. Ello significó un esfuerzo especial de parte de las autoridades políticas sanitarias, universitarias y del Colegio Médico del Perú, para formalizar la coordinación de los centros asistenciales con la Universidad Peruana, a fin de evitar situaciones de conflicto en el desenvolvimiento de las actividades asistenciales y docentes, armonizando las necesidades de la atención asistencial con las de las prácticas académicas. Con tal objeto se aprobaron los siguientes instrumentos normativos^[4, 51]:

- Decreto Supremo N° 0055-71-DS que reglamentó la docencia de los Programas de Medicina en los establecimientos del Sector Salud, los cuales darían facilidades “de acuerdo con las inversiones que dichos Programas hubieren hecho con fines docentes en los respectivos centros asistenciales”. Las formas y tipos de facilidades debían ser formalizados por Convenios, de una duración de seis años.
- Resolución Ministerial N° 000267-72-SA/DS, que sentó las bases doctrinarias, legales, programáticas y de organización para la mejor elaboración de Convenios entre la Universidad y el Ministerio de Salud. Para los fines del régimen de los Convenios se ordena crear una Comisión Intersectorial, que actuaría con carácter permanente y que tendría, entre otras funciones, las de “Determinar el número máximo de alumnos que, en forma simultánea, debe recibir cada centro asistencial (...) Evaluar la acreditación para la docencia en los centros asistenciales...”. Con base

a este dispositivo se celebraron Convenios con la UNMSM, la UPCH, la Universidad Nacional Federico Villarreal y la Universidad Nacional de Ica.

Resolución Suprema N° 000334-72-SA/DS, que estableció una primera división territorial en áreas de influencia académica de ciencias de la salud, asignando a las universidades mencionadas y a las nacionales de Trujillo y de Arequipa áreas de trabajo para sus acciones docentes y de investigación.

En julio de 1980, al final del período que estamos analizando, se aprobaron las Resoluciones Supremas N° 0014-80-SA/DS y N° 0015-80-SA/DS. La primera estableció las nuevas bases para la formulación de los Convenios entre el Ministerio de Salud y las universidades que contaban con Programas Académicos de Ciencias de la Salud, Institutos y Centros de Investigación relacionados con el campo de la salud. La segunda, actualizó la regionalización docente asistencial, con seis nuevos ámbitos de influencia académica. Las nuevas bases estaban influenciadas por las corrientes de la atención primaria de la salud y las críticas a la educación médica: “Las acciones de atención de la salud y de docencia deben ser programadas teniendo en cuenta los niveles de atención de la salud y considerando a toda la comunidad... En dichas acciones se mantendrá una permanente confrontación entre la teoría y la práctica... superando la separación entre el aprendizaje y el trabajo e incorporando de una manera racional y progresiva los aspectos válidos de la medicina tradicional y la medicina moderna”^[31].

ESTUDIOS DE MEDICINA EN EL PERÚ

Estudios Médicos de pregrado: 1968-1980

El Consejo Nacional de la Universidad Peruana (CONUP), tenía entre sus competencias la de evaluar y aprobar la creación de nuevas universidades y programas académicos, inclusive ordenar su clausura. Durante la vigencia efectiva del CONUP, entre 1970 y 1979, sólo se crearon dos Programas de Medicina y, por sus insuficiencias, la organizada en la Universidad de Cajamarca fue clausurada. Los nuevos Programas fueron los de la Universidad Nacional de “San Antonio Abad” del Cuzco (1977), y de la Universidad Nacional de Piura (1979).

A partir de 1969 y hasta el año 1983, la Facultad de Medicina de “San Fernando” fue reemplazada por el Programa Académico de Medicina Humana de la UNMSM, que tuvo como Directores de Programa Académico a los Drs. Alberto Guzmán Barrón (1969), Vitaliano Manrique Valdivia (1969-1970 y 1975-1976), Andrés Rotta Oliveros (1970-1974), Aurelio Díaz Ufano (1977-1979), Jorge Campos Rey de Castro (1980-1983).

La operación de nueve Facultades de Medicina en el país al final del año 1980, disminuyó, en general, el nivel de exigencia académica y agravó un problema ya existente: la escasez de profesores calificados para satisfacer los requerimientos de una educación médica de calidad. El número de matriculados en escuelas de medicina casi se había triplicado en los últimos 12 años: de 3 500 alumnos en el año 1968 a 10 228 alumnos en 1980. La velocidad del incremento del número de egresados titulados médicos, continuó con la tendencia ascendente iniciada en las décadas anteriores, en los subperiodos 1969-1974 y 1975-1980 el promedio anual de egresados fue, sucesivamente, de 331.5 y 503.8 por cada año. Este último índice, al ser un promedio, ocultaba el hecho de que en apenas un año, el de 1980, egresaron y se titularon 836 nuevos médicos^[31].

Al final del período estudiado, era opinión generalizada en el Perú que, a pesar de todos los intentos de reorientación de la educación médica, la calidad de la formación del médico no correspondía a los requerimientos de las organizaciones médico-sanitarias y, mucho menos, a las necesidades de salud colectiva. En 1978, el citado Dr. Carlos Quiroz, señalaba: "...son muchos los esquemas (de reorientación) que se proponen pero ninguno de ellos llega a plasmarse en una acción realmente efectiva (...). Se continúa, pues, impartiendo una enseñanza con un contenido eminentemente biomédico, con una abstracción total de la visión del conjunto global del problema persistiendo dentro de las paredes de hospitales y laboratorios"^[38]. Años después, entre 1985 y 1986, la ASPEFAM con apoyo de la OPS, realizaría "la autoevaluación de once Facultades de Medicina del Perú" (6 antiguas y 5 de reciente creación), cuyos resultados cuantitativos y cualitativos validaron., en general, esa opinión^[22].

Estudios Médicos de postgrado: 1968-1980

A partir de 1969, dentro del nuevo régimen departamentalista de la Universidad Peruana se crearon las Direcciones de Programas Académicas de Perfeccionamiento, encargadas de las actividades de postgrado universitario. Por otro lado, en el "Plan Sectorial de Salud 1971-1975" se había señalado como un problema de recursos humanos: la escasez de ciertas especialidades médicas—como la anestesiología, patología, psiquiatría, etc.—, y se había propuesto, para resolver tal problema, la instrumentación legal del Residentado Médico. Por ello, en la Resolución Ministerial N° 000267-72-SA/DS se prescribe que el "residentado de especialización" debe efectuarse en centros asistenciales debidamente acreditados, así como que el Ministerio de Salud, la Universidad Peruana y el Colegio Médico debían elaborar el Reglamento correspondiente. Cuatro años después, en 1976, se expidió el Decreto Supremo N° 000659-76-SA que aprueba el llamado "Reglamento

del Sistema Nacional de Especialización de Medicina Humana", que formaliza las normas básicas del residentado.

Las normas universitarias vigentes reservaba a la Universidad el otorgamiento de los títulos y los grados académicos, entre ellos los que corresponden a los especialistas en una misma profesión. Por otro lado, el "Estatuto del Colegio Médico del Perú" de abril de 1972 estableció que una forma de cumplir con sus responsabilidades es "controlar el ejercicio profesional en las diferentes especialidades médicas" (art. 27°). En ejercicio de esta atribución, el Colegio aprobó su "Reglamento de Especialización Profesional" y comenzó a otorgar, a partir del 17 de octubre de 1972, los certificados de calificación de especialistas. Las normas citadas hacen referencia, primero, a la competencia de la Universidad en la formación profesional y, luego, a la del Colegio en el control del ejercicio o práctica profesional médica.

En 1974, la UNMSM y la UPCH ya habían sido autorizadas por el CONUP para establecer sendos Programas de Segunda Especialización en Medicina bajo la modalidad escolarizada. El número de diplomas de especialistas expedido por la Universidad Peruana, aumentó de un total de 323 en el quinquenio 1967-1971, a otros de 977 en 1972-1976, de 1 326 en 1977-1981, y de 2 187 en el quinquenio 1981-1985. Hasta 1985, las mayores cantidades de egresados correspondieron a las especialidades básicas de Pediatría, Ginecoobstetricia, Medicina Interna y Cirugía General.

En 1973, la OPS y la Fundación W.K. Kellogg crean en el Instituto de Medicina Social de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, un curso de Medicina Social; que se constituyó en el primer proyecto específico de enseñanza en ese campo a nivel de estudios de postgrado en América Latina. Dos años después, en 1975, la Universidad Autónoma Metropolitana de México, en Xochimilco, inauguró un programa de Maestría en Medicina Social, con apoyo de la OPS; programa que desarrolló un marco teórico para orientar la organización del curso. Marco en el que se postula el carácter histórico social del proceso de salud-enfermedad y se pretende construir un objeto científico que pueda integrar campos distintos del conocimiento social, biológico y de las otras ciencias básicas de la Medicina. Significó un aporte científico de mucha relevancia en el área de ciencias sociales y salud^[39].

En julio de 1980, habiendo cumplido la "Escuela de la Salud Pública del Perú" los requisitos académicos exigidos por las autoridades universitarias, se le autorizó, por Resolución N° 9113-CONUP, para que organizara el "Programa de Maestría Profesional en Salud Pública". En mayo de 1981, la Escuela iniciaría el primer "Programa de Maestría en Salud Pública", que se desarrolló en el país.



Al final del año 1980, la Escuela de Salud Pública del Perú, señalaba las dificultades que encontraban en la capacitación de los futuros directivos de las organizaciones de salud, como consecuencia de la distorsión y de la precariedad de la formación del médico: "La formación de este personal está supeeditado a patrones, enfoques y metodologías foráneos que devienen finalmente en alienantes... Los currícula son rígidos y tienden a una formación intelectual neutra, sin el necesario énfasis en el desarrollo de una actitud de servicio y de compromiso con la realidad nacional, distorsionando el proceso educativo, al condicionar una actitud acrítica. Prevalece el uso de técnicas educativas que condiciona un aprendizaje pasivo y dependiente, con notoria disociación entre el aprender y el hacer"¹³³.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Paz Soldán CE. Las Relaciones del Estado con el Médico en el Perú. *La Reforma Médica* 1945; 455: 415-60.
- Carvallo C. La Sanidad en el Perú. *Bol Of Sanit Panam* 946; 25(2): 97-107.
- Bustios C, Swayne J. Situación de la Fuerza de Trabajo Médica en el Perú. Publicación de la Escuela Nacional de Salud Pública. Lima, Perú. 1998.
- Comité de Redacción. Inauguración de la Federación Médica Peruana. *La Reforma Médica* 1948; XXXIV: 211-2.
- Pesce H. Nota Epicrítica, en *Latitudes de Silencio*. Imp. Col. Mil. Leoncio Prado. Lima, Perú. 1973. pp. 115-9.
- Secretaría Académica. Crónica de la Facultad en el último trimestre de 1953. *Anales de la Facultad de Medicina* 1953; XXXVI: 563-9.
- Romero-Cano R. Educación Médica en la Universidad Nacional de Trujillo. *Anal Facult Med UNMSM* 1996; 57 (3): 218.
- García JC. Entrevista a Juan C. García, en Duarte Nunes E. (Editor), *Ciencias Sociales y Salud en América Latina: Tendencias y Perspectivas*. Montevideo, OPS-CIESU, 1989, pp. 21-29.
- Secretarios Generales. Primer Congreso Panamericano de Educación Médica. *Anal Facult Med* 1951; XXXIV: 523-9.
- Hurtado A. Impresiones acerca del Primer Congreso Mundial de Educación Médica. *Anal Facult Med* 1953; XXXVI. N° 1: 525-43.
- Hurtado A. Problemas Actuales de Educación Médica. *Anal Facult Med* 1995; XXXVIII (2): 201-21.
- Duarte-Nunes E. Trayectoria de la Medicina Social en América Latina, en *Debates en Medicina Social*. OPS-Alames. Quito, 1991 pp. 17-137.
- Bernales E. Legislación y Universidades en el Perú, en *Diálogos sobre la Universidad Peruana*. Guerra García Editor. UPCH y Asamblea Nacional de Rectores. 1994, pp. 65-92.
- Pérez-Alva S. De la crisis (1949-1955), en medio siglo de admisión a San Marcos. UNMSM. Lima, Perú. Imprenta de la UNMSM, 15 de mayo de 1969, pp. 159-81.
- González-Olaechea M. Memoria del Decano de la Facultad. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Lima*. XXIVAño 1941, pp. 122-32.
- Comité de Redacción. El colapso de la Facultad de Medicina. *La Reforma Médica* 1948; XXXIV (532-533): 290-6.
- Paz-Soldán CE. Un Proyecto del Instituto de Medicina Social, en *La Congregación Profesional de los Médicos*. Editorial Ausonia S.A. Lima. 1960, pp. 83-8.
- Facultad de ciencias Médicas de Lima. Creación de la Escuela de Médicos Sanitarios. *Anal Facult Cienc Med Universidad de Lima*. 1938; XXI: 456-7.
- Bustios C. Perú. La Salud Pública durante la República Demoliberal. Primera Parte: 1933-1968. Consejo Superior de Investigaciones UNMSM, 1998.
- Mc Kauchlan P. La Situación de las Universidades Peruanas, en *Diálogos sobre la Universidad Peruana*. Roger Guerra García Editor. UPCH y Asamblea Nacional de Rectores. 1994, pp. 23-50.
- Asamblea Nacional de Rectores. Declaraciones del Jefe de la Oficina de Estadística de la ANR. *El Comercio*, 18 de enero de 1998, p.A13.
- ASPEFAM. Reseña histórica de la ASPEFAM, en *La Autoevaluación (Análisis prospectivo) de las Facultades de Medicina del Perú*. 1985-1986, pp. 7-21.
- Facultad de Medicina UNMSM. Primer Seminario de Educación Médica. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 1966.
- Facultad de Medicina UNMSM. Informe Conjunto del Segundo Seminario de Educación Médica. *Anal Facultad Med* 1967; 50, 2: 436-42.
- Junta Transitoria. Informe de la Junta Transitoria de Administración de la Facultad de Medicina. *Anal Facultad Med* 1961; 44:571-95.
- Cuba-Caparo A. Memoria leída por el Decano, Dr. Alberto Cuba Caparo, en la ceremonia de instalación del Consejo de la Facultad de Medicina, 17 de agosto de 1962. *Anal Facultad Med* 1962; XLV: 166-203.
- Molina G, Jimeno C. Enseñanza de conceptos de ciencias sociales en medicina preventiva integrada en clínicas, en Badgley RF y Robertson A. *Ciencias de la conducta y enseñanza médica en América Latina*. Fundación Milbank Memorial, New York, 1966, pp. 225-241.
- García JC. La educación médica en la América Latina. OPS, Washington, D.C. Publicación Científica N° 255, 1972.
- Hall T, y col. Recursos Humanos de Salud. Perú: 1967. Oficina Sectorial de Planificación de Salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Perú, 1967.
- Sotelo A. Algunas consideraciones sobre la formación de médicos en el Perú. *Anal Facultad Med* 1967; 50, 2; 399-413.
- Bustios C. La Salud Pública durante el Reformismo Militar. Periodo 1968-1980, en Perú. La Salud Pública durante la República Demoliberal. Segunda Parte: 1968-1985. Consejo Superior de Investigaciones UNMSM, 1999, pp. 11-141.
- Melgar E. El Origen de la Universidad Peruana y la Evaluación de la Calidad, en *Diálogos sobre la Universidad Peruana*. Roger Guerra García Editor. UPCH y Asamblea Nacional de Rectores. 1994, pp. 56-57.
- Bustios C. Atención Médica y su contexto. Perú 1963-1983. Escuela de Salud Pública del Perú y OPS/OMS. Lima, Perú, 1985, pp. 37-62.
- OPS. Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social-20 Años de Experiencia Latinoamericana. Publicación Científica N° 255. Washington D.C., 1972.
- Villanueva CG, Quintana SP. Los aspectos sociales de la enseñanza de la medicina en América Latina. Instituto Mexicano del Seguro Social, 1981.
- Vidal C. Medicina Comunitaria. Nuevo enfoque de Medicina. Tesis Doctoral. Programa Académico de Medicina UPCH. Lima, Perú, 1973.
- Departamento de Medicina Preventiva UNMSM. Documento de Trabajo. Primer Seminario de la Enseñanza de Medicina Preventiva en los Programas Académicos de Medicina Humana en el Perú. Lima, 27 septiembre 1974.
- Quiroz-Salinas C. Enseñanza: los aspectos integrales de la salud. *Medicina y Desarrollo* 1978; 3(6): 38.
- PAHO. Report of the Advisory Committee on Medical Research in the Social Sciences. XIX Meeting of the PAHO Advisory Committee on Medical Research. San José, Costa Rica, 1980.