



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, Decana de América)

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

"SAN FERNANDO"

Tendencias en las Políticas Públicas en Salud y sus implicancias en la Formación Médica en el Perú

**Dr. Gerardo Ronceros M.
Decano**

Octubre 2016



Desarrollo de la Ponencia

- Escenarios de Política Pública
- Implicancias en el escenario local y Latinoamericano
- Desafíos para los nuevos planes de estudio para San Fernando y el conjunto de la comunidad educativa universitaria en salud.



El Envejecimiento como escenario global en Salud



Global Health and Aging



◆ ◆ ◆ ◆
National Institute on Aging
National Institutes of Health
U.S. Department of Health and Human Services

World Health Organization

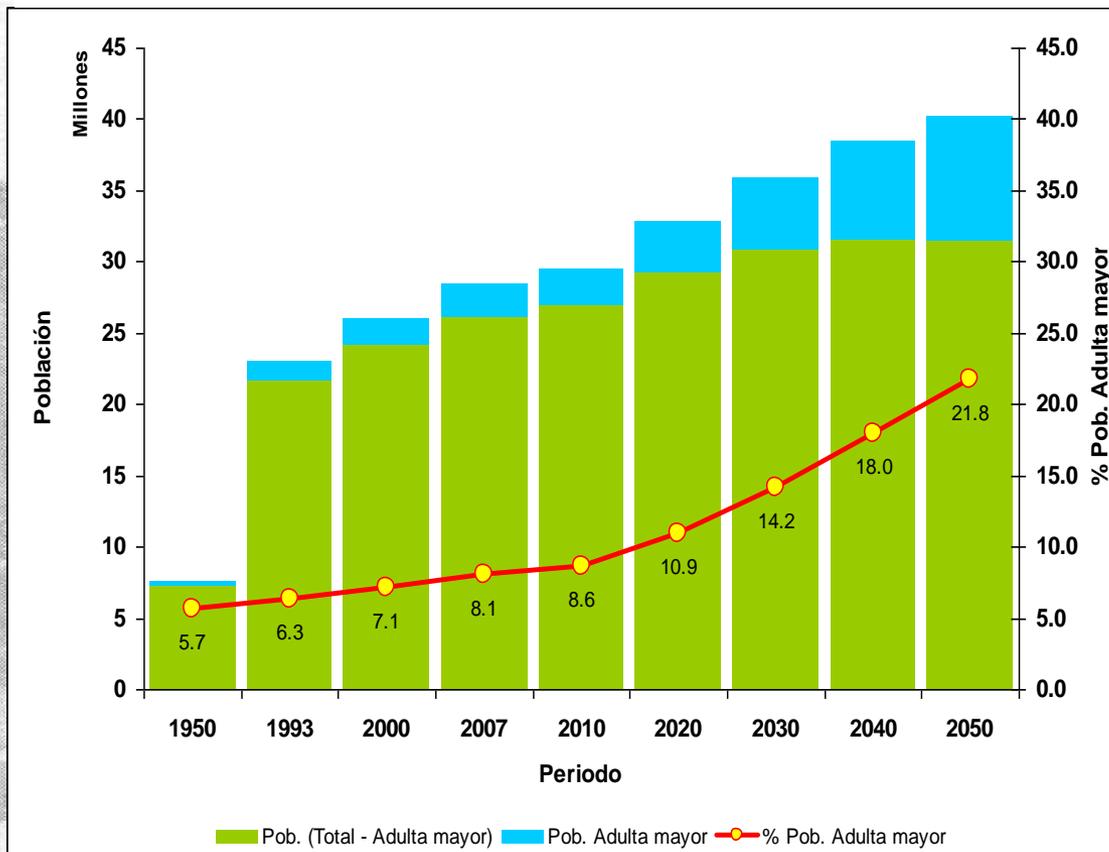
- El envejecimiento de a población mundial es un elemento de contexto que es la base para otros eventos que van a marcar la pauta del siglo XXI (Cambio Climático, Crisis Económica, etc.) y va a poner en tensión la capacidad de respuesta de los estados nacionales a nivel global



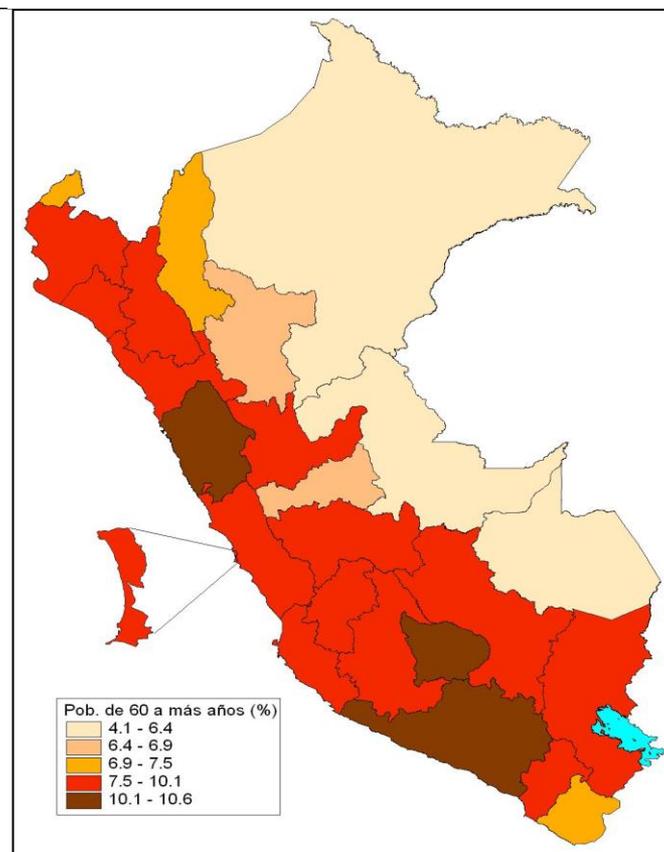
ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL PERUANO ES SUMAMENTE IMPORTANTE

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Población total y adulta mayor. Perú 1950-2050.



Porcentaje de población adulta mayor según regiones. Perú 2007.





El perfil de la Discapacidad esta cambiando drásticamente en el mundo

Existe una emergencia de ENTs como las Enfermedades Mentales y la Diabetes, que están generando enormes presiones en los Sistemas de Salud en el Mundo.

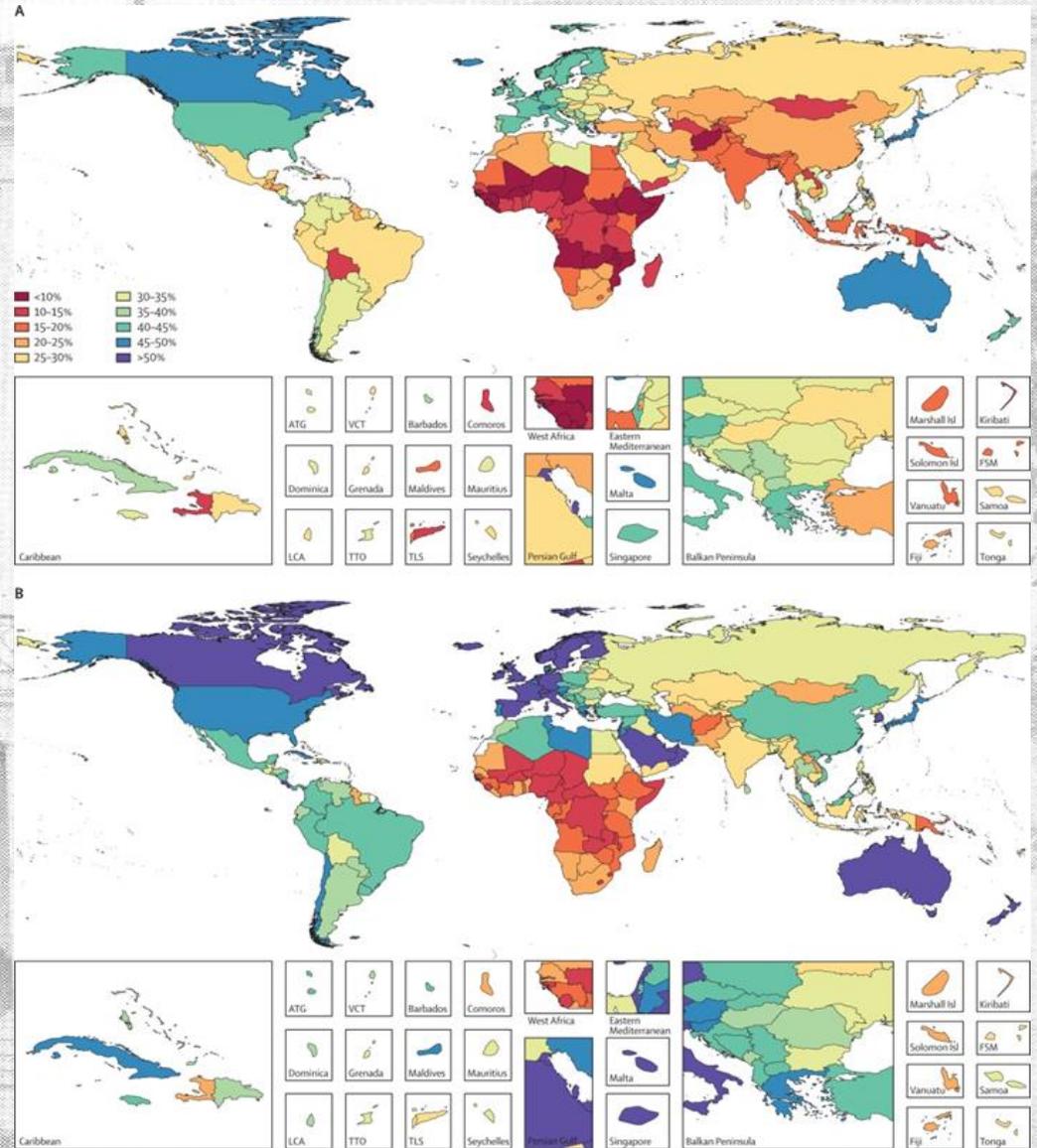
Mean YLDs x1000	Mean rank (95% UI)	1990 leading causes	2013 leading causes	Mean rank (95% UI)	Mean YLDs (x1000)	Median percentage change
46068	1.3 (1-2)	1 Low back pain	1 Low back pain	1.0 (1-1)	72318	57% (53 to 61)
40079	2.0 (1-3)	2 Iron-deficiency anaemia	2 Major depression	2.1 (2-4)	51784	53% (49 to 59)
33711	2.8 (1-4)	3 Major depression	3 Iron-deficiency anaemia	3.6 (2-6)	36663	-9% (-10 to -7)
22294	4.7 (4-6)	4 Neck pain	4 Neck pain	4.3 (3-6)	34348	54% (49 to 60)
21633	5.1 (3-7)	5 Other hearing loss	5 Other hearing loss	5.3 (3-9)	32580	51% (45 to 55)
19805	5.8 (4-8)	6 Migraine	6 Migraine	6.6 (3-10)	28898	46% (41 to 50)
17180	6.9 (4-9)	7 Anxiety disorders	7 Diabetes	6.7 (5-9)	29518	136% (127 to 144)
15151	7.9 (6-10)	8 COPD	8 COPD	7.8 (4-10)	26131	72% (67 to 79)
12672	9.5 (7-12)	9 Other musculoskeletal	9 Anxiety disorders	8.5 (5-10)	24356	42% (36 to 47)
12533	9.5 (8-11)	10 Diabetes	10 Other musculoskeletal	9.2 (7-10)	22644	79% (75 to 83)
10337	11.6 (10-13)	11 Falls	11 Schizophrenia	11.5 (11-15)	15204	52% (50 to 54)
9995	12.0 (9-16)	12 Schizophrenia	12 Falls	12.7 (12-14)	12818	23% (14 to 35)
8048	14.7 (12-19)	13 Asthma	13 Osteoarthritis	12.8 (11-15)	12811	75% (73 to 78)
7831	15.5 (10-23)	14 Refraction and accommodation	14 Refraction and accommodation	15.5 (11-22)	11257	44% (40 to 47)
7362	16.2 (13-20)	15 Diarrhoeal diseases	15 Asthma	16.1 (12-21)	10596	32% (29 to 35)
7307	16.4 (14-19)	16 Osteoarthritis	16 Dysthymia	17.4 (14-21)	9849	55% (52 to 57)
6780	18.5 (14-24)	17 Dermatitis	17 Bipolar disorder	17.5 (12-25)	9911	49% (46 to 53)
7491	18.8 (8-36)	18 War and legal intervention	18 Medication overuse headache	17.8 (12-27)	9846	120% (109 to 134)
6643	18.8 (13-26)	19 Bipolar disorder	19 Other mental and substance	18.5 (14-24)	9257	52% (50 to 54)
6368	19.7 (15-24)	20 Dysthymia	20 Dermatitis	18.8 (15-25)	9278	37% (35 to 39)
6076	20.6 (15-25)	21 Other mental and substance	21 Alzheimer's disease	22.2 (18-26)	7774	92% (85 to 99)
5699	22.1 (17-26)	22 Alcohol use disorders	22 Alcohol use disorders	23.0 (18-28)	7654	34% (32 to 37)
5827	22.9 (12-38)	23 Acne vulgaris	23 Epilepsy	23.2 (18-30)	7544	41% (28 to 57)
5365	23.5 (18-29)	24 Epilepsy	24 Edentulism	25.9 (21-31)	6856	46% (43 to 48)
5288	23.9 (17-31)	25 Conduct disorder	25 Diarrhoeal diseases	26.1 (23-30)	6854	-7% (-9 to -5)
		26 Edentulism	26 Acne vulgaris			
		27 Medication overuse headache	29 Conduct disorder			
		28 Alzheimer's disease	52 War and legal intervention			

■ Communicable, maternal, neonatal, and nutritional disorders
■ Non-communicable diseases
■ Injuries



La discapacidad avanza aceleradamente en el mundo

- En el Perú en 20 años la prevalencia de discapacidad pasó de 25-30% a un 40-45% sin mayores cambios en nuestro perfil de oferta de servicios de salud.





El reto de la crisis global de Recursos Humanos en Salud

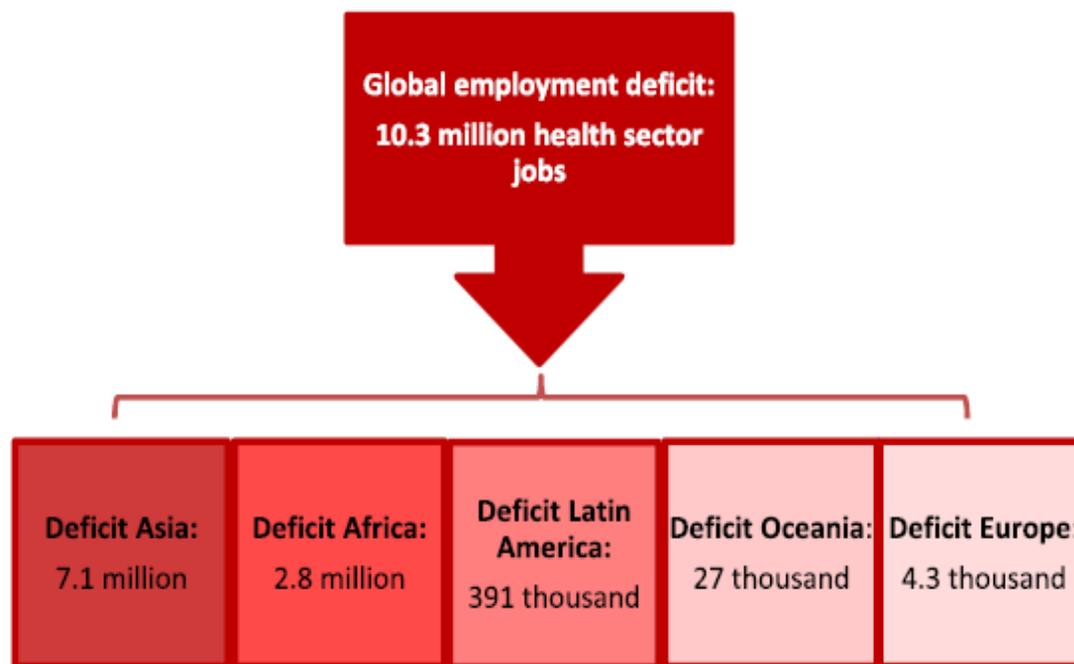


Figure 2 Estimated number of health workers required to close global and regional gaps for UHC (ILO threshold 41.1 health workers per 10 000 population in 2014).



El reto de la crisis global de Recursos Humanos en Salud

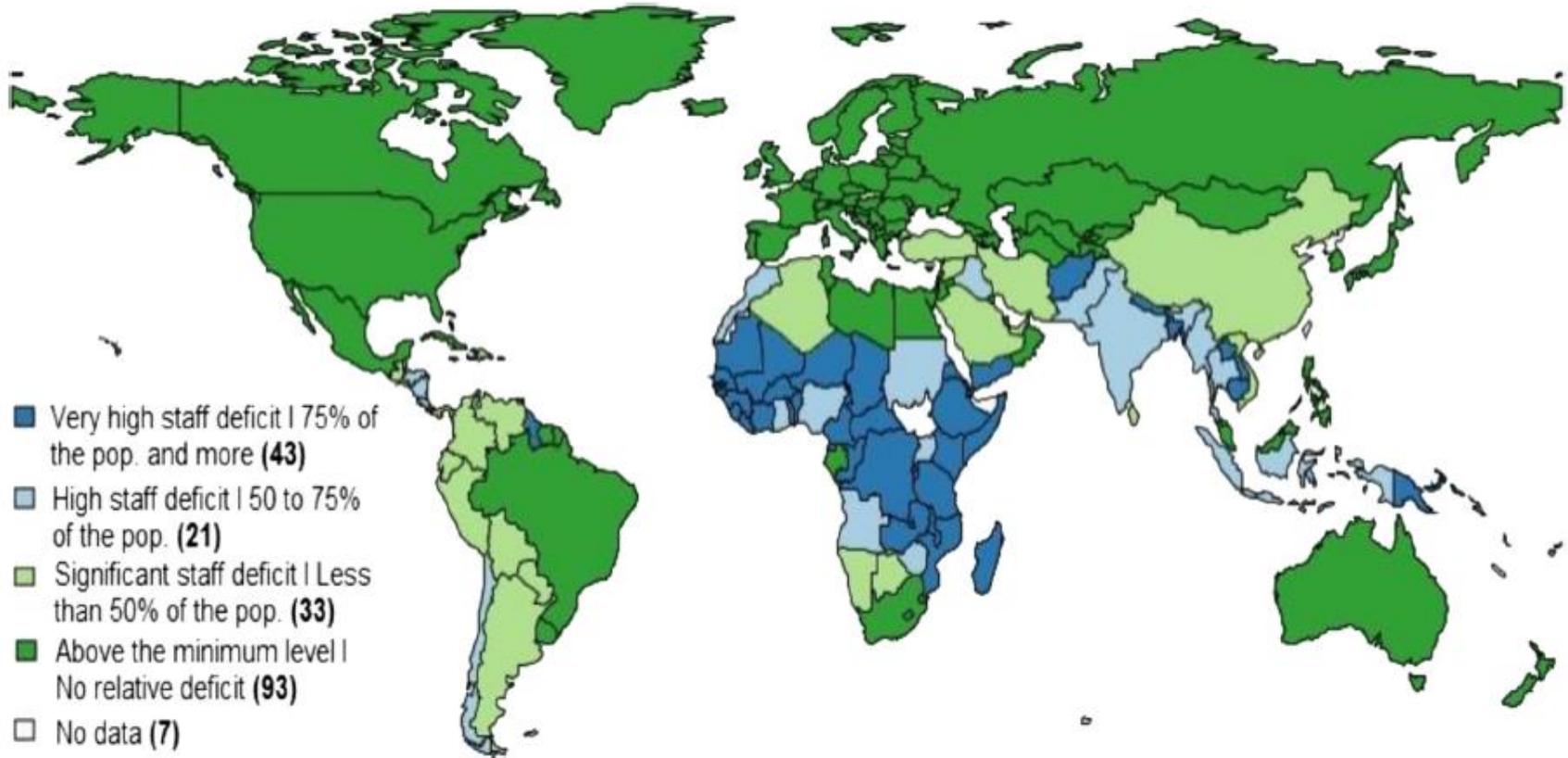


Figure 3 Percentage of population globally not covered due to deficits in health workforce employment (per cent of population without access to quality health services in 2014).



La crisis global de Recursos Humanos en Salud pone límites a los avances en políticas e intervenciones sanitarias.

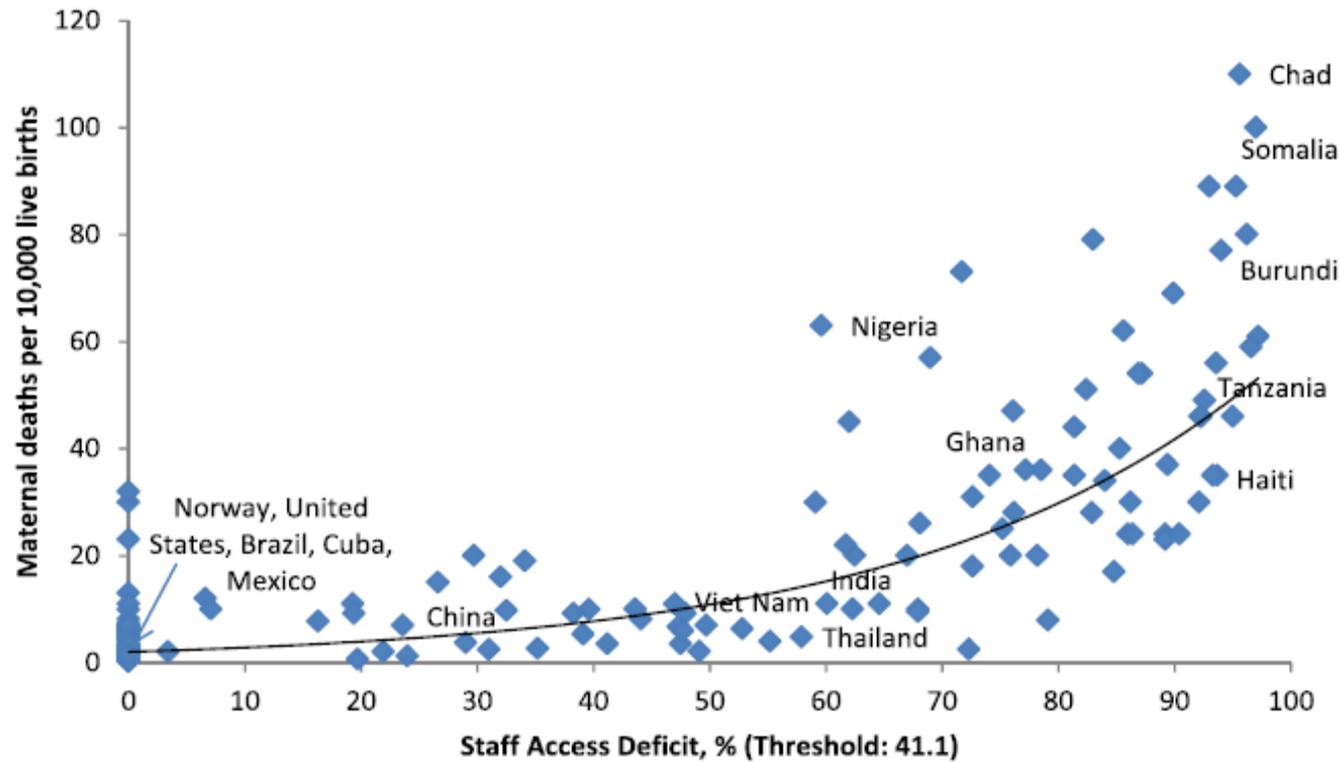
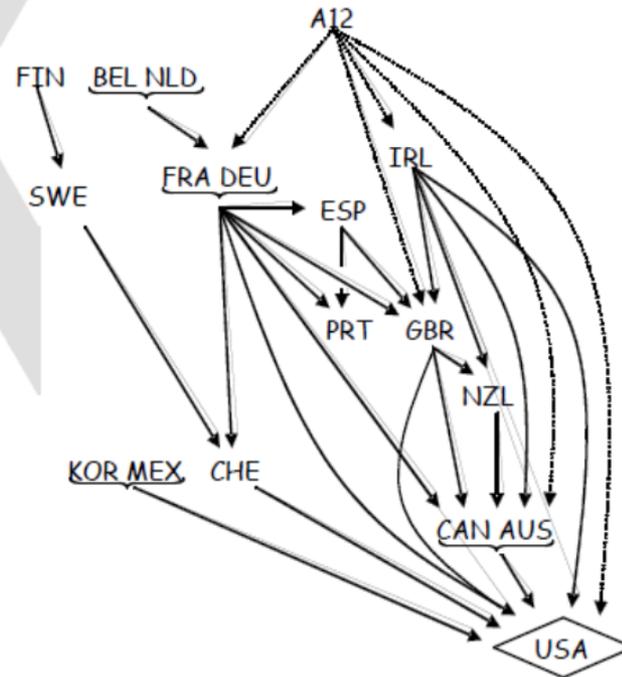


Figure 6 Maternal mortality ratios and global gaps in health sector employment.

Inter OECD migration of health professionals



Source: International Migration Outlook, 2007

El Modelo de Sistema de Salud del los Estados Unidos, orientado a la recuperación, basado en Hospitales de Alta Tecnología, es caro, ineficiente y esta afectando a los Sistemas de Salud a Escala Global

Inflows of LTC care workers from EEC is increasing in Germany, Austria, Italy, Greece.



Implicancias de los procesos de cambio en los Sistemas de Salud en América Latina

- Cambios en el perfil de Enfermedades con predominio de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles
- Mayor vulnerabilidad poblacional ante contingencias ambientales (Cambio climático) o sociales (Migración).
- Crisis de financiamiento y sostenibilidad de los Sistemas de Salud.
- Nuevas y mayores demandas en los Sistemas de Salud
- Tendencias de cambio en la respuesta social a la crisis de los sistemas de salud
- Nuevos roles profesionales en medio de un escenario de crisis permanente.
- Aparición de nuevos problemas sanitarios, a veces impredecibles.



Ejemplos de problemas emergentes de alcance global





Retos para los Sistemas de Salud de América Latina en la próxima década

- Repensar nuevas carteras de servicios públicos para poblaciones en rápido envejecimiento.
- Perfilar las nuevas ofertas de servicios para espacios urbanos e hiperurbanos en el marco de nuevas concepciones de territorio.
- Desarrollo de capacidades para la evaluación y gestión de las nuevas tecnologías en salud.
- Generar capacidades para modelar la operación y la sostenibilidad financiera del los sistemas de salud en todos sus niveles.
- Fortalecimiento de la reconversión de los sistemas de salud a partir de clusters de innovación y de servicios.
- Repensar los nuevos roles de los profesionales de la salud en un escenario de escasez crítica de recursos humanos.
- Definir creativamente como hacer todo lo anterior en un escenario económico contra-cíclico prolongado.



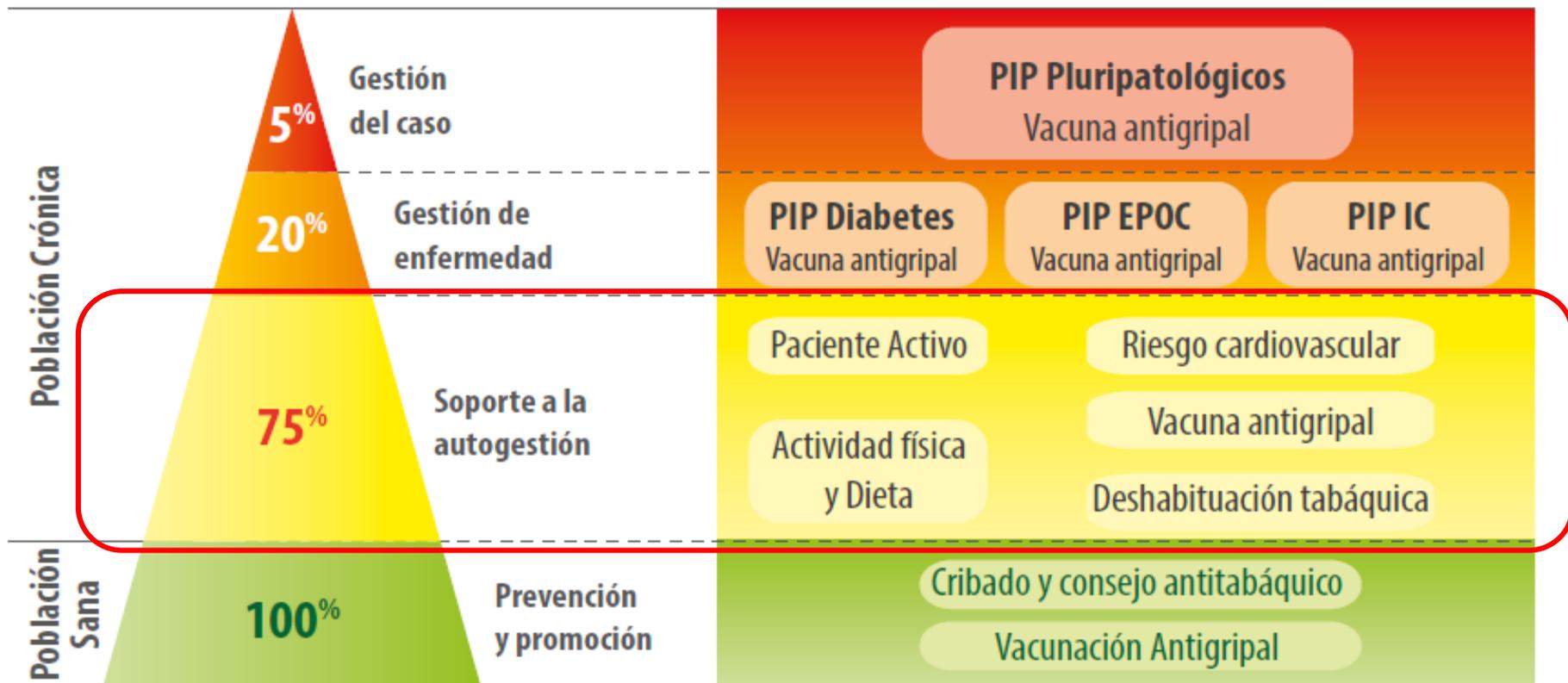
Nuevas formas de pensar la oferta de servicios

Racionalización y organización de la oferta disponible

(Ej. País Vasco, España)

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Definir y desarrollar estrategias de intervención por cada segmento o estrato de población





Adaptación de la fuerza de trabajo a los nuevos escenarios en salud para enfrentar los cambios

Trabajo en Equipo

Información (Tecnología-Datos)

Habilidades Blandas

¿Que habilidades y atributos necesitan los proveedores en el futuro?

¿Robots?

¿Cuidadores comunitarios?

¿Enfermeras Especialistas?

¿Quién debe proveer esos servicios?

¿Personal Técnico?

Bioinformática

Médicos Generalistas

Gestión de Datos

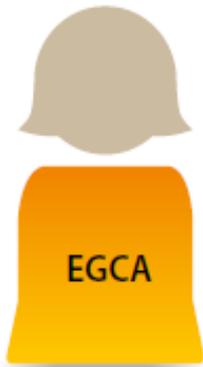
¿Que profesiones y competencias son necesarios?

Coordinadores de Cuidado

Seguridad del Paciente



Nuevos roles del personal de Enfermería en el marco de la reconversión de los Sistemas de Salud (España País Vasco)



EGCA

Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas

Dependencia organizacional, Ubicación física y Ámbito de actuación: **COMARCA SANITARIA**



EGC

Enfermera Gestora de la Continuidad

Dependencia organizacional, Ubicación física y Ámbito de actuación: **HOSPITAL**



EGEH

Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario

- La enfermera actúa con anterioridad sobre las necesidades del paciente, evitando que las enfermedades se agudicen y la situación se vuelva más compleja.
- La enfermera conoce las necesidades físicas y sociales, tras realizar en el domicilio una valoración, e identifica los recursos necesarios para el paciente (ayuda en domicilio, materiales -colchón especial para evitar las heridas, camas, silla de ruedas, etc.-).
- El paciente puede contactar con la enfermera y evitar así acudir a urgencias ante molestias.
- La enfermera forma a los pacientes y familiares sobre su enfermedad y los cuidados más adecuados.
- La enfermera trata de agrupar las citas en el mínimo número de días posible.
- La enfermera prepara y planifica los recursos necesarios para la vuelta al domicilio del paciente.



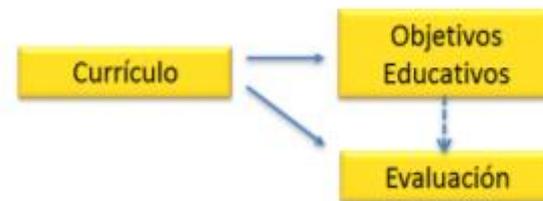
THE LANCET

Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world



Julio Frenk*, Lincoln Chen*, Zulfiqar A Bhutta, Jordan Cohen, Nigel Glig, Timothy Evans, Harvey Fineberg, Patricia Garcia, Yang Ki, Patrick Kelley, Barry Kitnasamy, Afif Meleis, David Nayak, Ariel Pablos-Mendez, Srirath Reddy, Susan Scrimshaw, Jaime Sepúlveda, David Serwadda, Huda Zorobk

www.thelancet.com Published online November 25, 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)61854-5



Modelos de educación basada en competencias



Currículo basado en competencias y el aprendizaje en equipo.



Nuevos planes de estudio y nuevas competencias para los médicos del siglo XXI

Estos nuevos planes responden a cambios importantes en los paradigmas técnicos y a los nuevos escenarios sociales, económicos e institucionales

IMPROVING
MEDICAL
EDUCATION

Enhancing the Behavioral
Social Science Content of
School Curricula

INSTITUTE OF MEDICINE
OF THE NATIONAL ACADEMIES

The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework

Better standards. Better physicians. Better care.



Edited by:

Jason R. Frank, MD MA (Ed) FRCPC
Office of Education
The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada

The publication of this work was partially supported by a grant from the
RCPS(CAMS) Endowments Fund
for Research and Development in Medical Education,
created jointly by the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
and Associated Medical Services Inc.

The Contributions of Behavioral and Social Sciences
Research to Improving the Health of the Nation:
A Prospectus for the Future



Healthier Lives Through Behavioral and Social Sciences

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
National Institutes of Health
Office of Behavioral and Social Sciences Research



Políticas en Investigación en Ciencias Sociales y del Comportamiento. Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos (2007)

The Contributions of Behavioral and Social Sciences Research to Improving the Health of the Nation: A Prospectus for the Future



Healthier Lives Through Behavioral and Social Sciences

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
National Institutes of Health
Office of Behavioral and Social Sciences Research

- El siglo XXI plantea un conjunto de problemas relacionados a la salud complejos y urgentes.
- Las minorías étnicas y la población que vive en pobreza sufre lo más duro de la carga de enfermedad.
- La Infraestructura del Sistema de Salud esta enfrentando una “Tormenta Perfecta”: Creciente demanda de atención + envejecimiento y aumento de población + costos de atención insostenibles.
- Los avances en investigación en Ciencias Sociales y del comportamiento son alentadores para enfrentar con éxito estos problemas.



El Real Colegio de Médicos y Cirujanos del Canada y su propuesta de competencias médicas (2005)

The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework

Better standards. Better physicians. Better care.



Edited by:

Jason R. Frank, MD MA (Ed) FRCPC
Office of Education
The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada

The publication of this work was partially supported by a grant from the
RCPC/AMS Endowment Fund
for Research and Development in Medical Education,
created jointly by the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
and Associated Medical Services Inc.

- Constituye un proceso de reforma de la Educación Médica Canadiense que movilizó a cientos de expertos y médicos de todos los niveles en un proceso que duró 15 años.
- Responde a una percepción de deterioro del cuidado de la salud (servicios sanitarios no responden a las necesidades de los pacientes) y a una disminución del prestigio de los profesionales médicos.



As a Medical Expert physicians are able to:

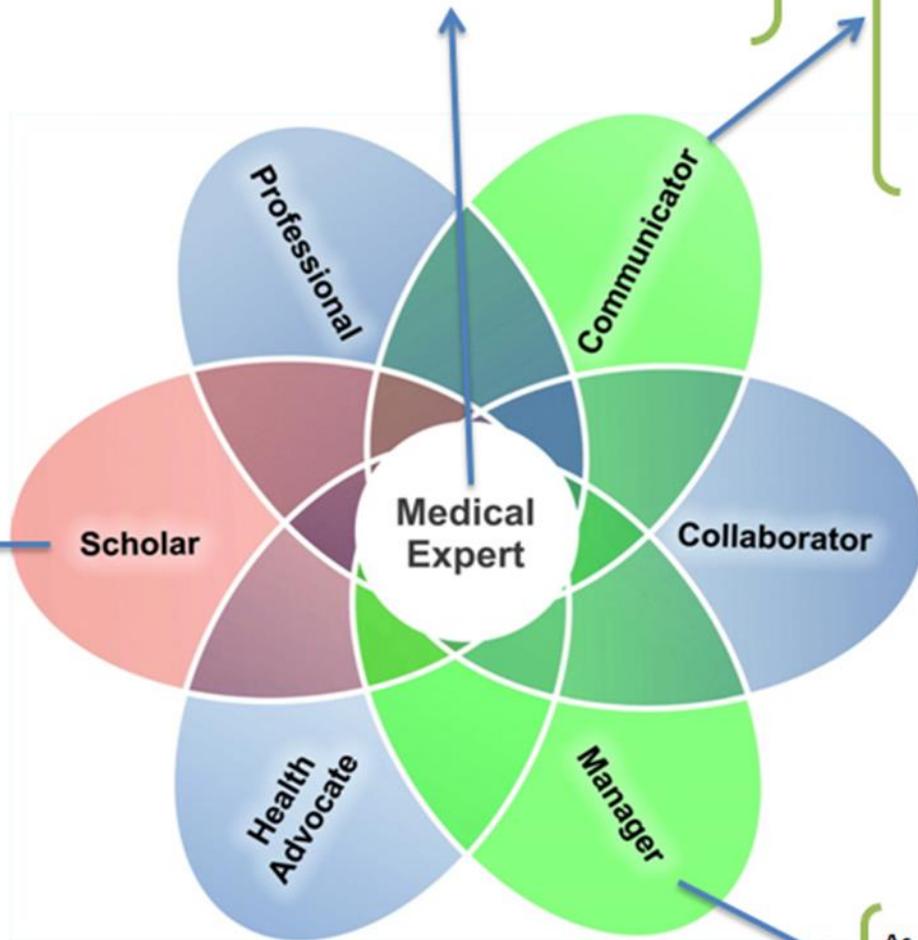
- Apply lifelong learning skills of the Scholar Role to implement a personal program to keep up-to-date, and enhance areas of professional competence (enabling competency 2.3)
- Contribute to the enhancement of quality care and patient safety in their practice, integrating the available best evidence and best practices (enabling competency 2.4)

As a Communicator physicians are able to:

- Gather information about a disease.. (enabling competency 2.1)
- Seek out and synthesize relevant information from other sources... (enabling competency 2.2)

Scholar physicians are able to:

- Pose an appropriate learning question (enabling competency 1.5)
- Access and interpret the relevant evidence (enabling competency 1.6)
- Describe the principles of research and scholarly inquiry (enabling competency 4.1)
- Pose a scholarly question (enabling competency 4.3)
- Conduct a systematic search for evidence (enabling competency 4.4)
- Select and apply appropriate methods to address the question (enabling competency 4.5)



As a Manager physicians are able to:

- Employ information technology appropriately for patient care (enabling competency 2.4)



Cómo fomentar las competencias transversales en los estudios de Ciencias de la Salud: una propuesta de actividades

New activities for developing generic skills in the health sciences

Josep-E. Baños y Jorge Pérez.

Oficina de Coordinación y Evaluación Académica Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida
Universitat Pompeu Fabra (Barcelona)

Educación Médica 2005; 8(4): 216-225

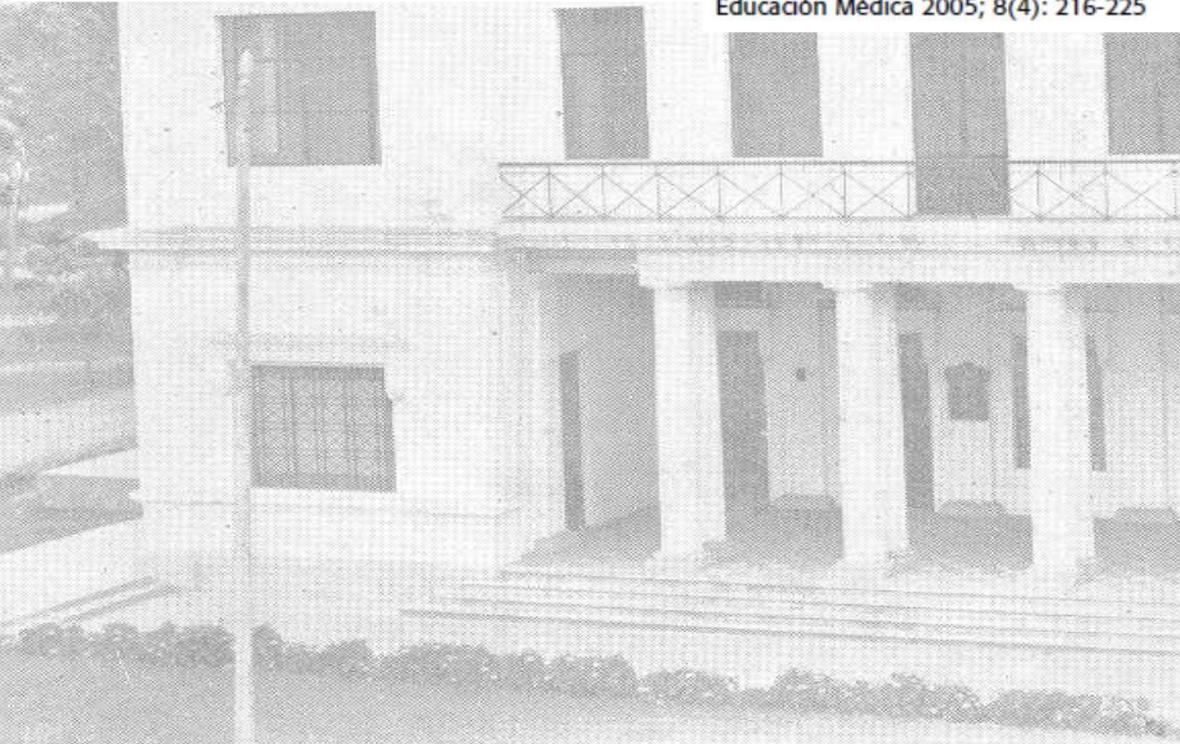


Tabla 1. Competencias transversales propuestas en el proyecto "Tunning" sobre la convergencia europea de enseñanza superior.

Instrumentales

- Capacidad de análisis y síntesis
- Capacidad de organización y planificación
- Conocimientos generales básicos
- Conocimientos básicos de la profesión
- Comunicación oral y escrita
- Conocimiento de idiomas
- Habilidades en el manejo de un ordenador
- Habilidades de gestión de la información (buscar y analizar información de fuentes diversas)
- Resolución de problemas
- Toma de decisiones

Interpersonales

- Capacidad crítica y autocrítica
- Trabajo en equipo
- Habilidades interpersonales
- Trabajo en equipo interdisciplinario
- Capacidad para comunicarse con expertos de otras áreas
- Reconocimiento de la diversidad y multiculturalidad
- Habilidad para trabajar en un contexto internacional
- Compromiso ético

Sistémicas

- Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica
- Habilidades de investigación
- Aprendizaje
- Adaptación a nuevas situaciones
- Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad)
- Liderazgo
- Conocimiento de culturas y costumbres de otros países
- Habilidad para trabajar de forma autónoma
- Diseño y gestión de proyectos
- Iniciativa y espíritu emprendedor
- Motivación por la calidad
- Motivación por la consecución de objetivos



Existen modelos de transformación curricular en América Latina.

PROCESO DE TRANSFORMACIÓN CURRICULAR

Otro paradigma es posible

Carrera de Medicina
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario

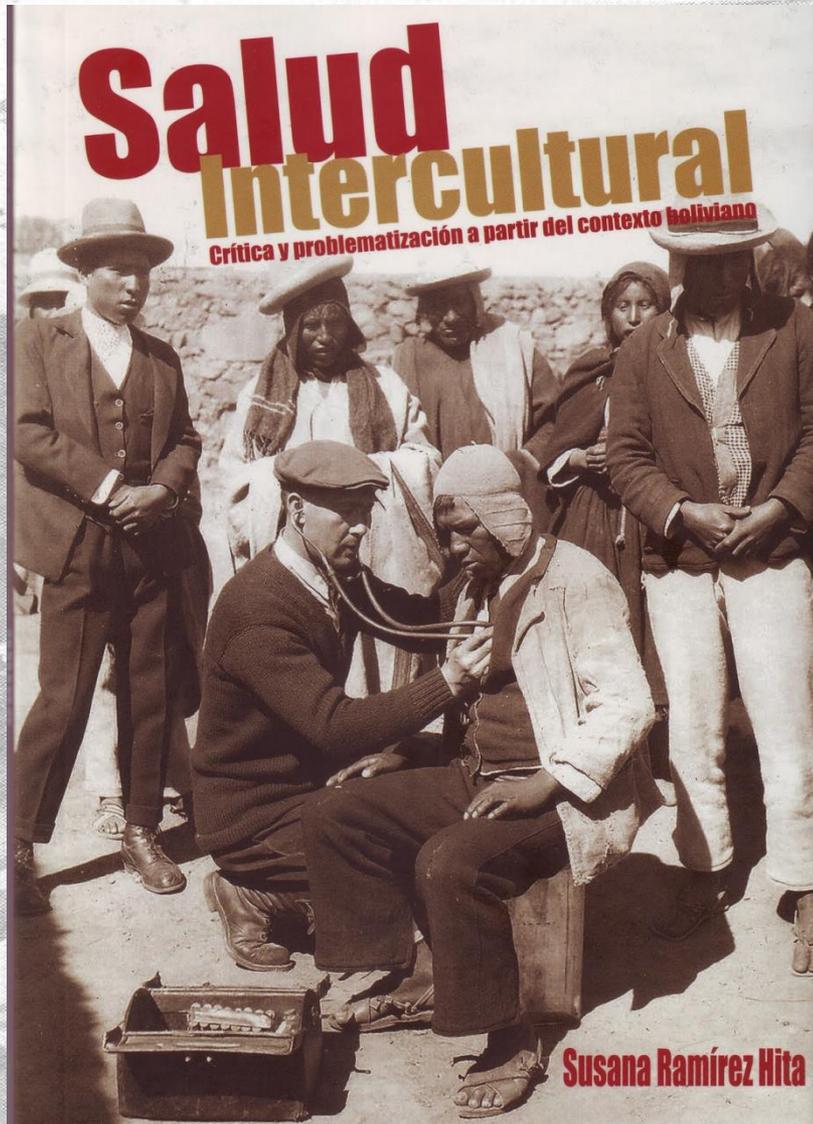
Directora: Raquel Madis Chiara

- Existen varios procesos de transformación curricular, sistémicos (Rosario) o por ejes, como las Ciencias sociales (Valparaíso) que han mostrado resultados positivos.
- Sin embargo, es importantes señalar que presentan características que no se reproducen fácilmente en el escenario peruano: Masa crítica de diseñadores de innovación, grupos comprometidos con el cambio y continuidad en el proceso.

UNR
EDITORIA



Competencias interculturales en los planes de estudio de medicina. Un proceso largo y complejo



- Diversos estudios muestran que la introducción de competencias interculturales en los pre-grados de medicina es un proceso largo y complejo.
- Se requieren un largo proceso de anclajes que transformen el “habitus” y la cultura hospitalaria, asimismo se ha documentado resistencias y eventualmente fracasos de institucionalización de algunas iniciativas.
- En el Perú la problemática se agrava dada las evidencias que muestran que los establecimientos de salud son espacios de reproducción de la discriminación.



Deterioro global del campo formativo. Campos clínicos sobresaturados de alumnos



Camino al Aseguramiento Universal
en Salud (AUS)

Resultados de la supervisión nacional a
hospitales

Serie Informes Defensoriales - Informe N° 161

Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011; 28(2): 194-201.

ARTÍCULO ORIGINAL

OFERTA Y DEMANDA DE CAMPOS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA FORMACIÓN DE PREGRADO DE ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD EN EL PERÚ, 2005-2009

Javier Alva^{1,a}, George Verastegui^{2,a}, Edgar Velasquez^{3,b},
Reyna Pastor^{3,b}, Betsy Moscoso^{3,a}

RESUMEN

Objetivos. Describir la oferta y demanda de campos clínicos para los estudiantes de pregrado del Perú. **Materiales y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo, se consideró como oferta de campos clínicos al total de camas hospitalarias existentes en el Perú. La demanda fue calculada con el número total de alumnos matriculados en las carreras de ciencias de la salud que cursan años clínicos o internado. Se calculó el número de camas por alumno y la cobertura del campo clínico tanto a nivel nacional como en algunas regiones seleccionadas (Lima, Arequipa, La Libertad y Lambayeque). **Resultados.** Para el 2009 el Perú tiene 34 539 camas hospitalarias, 78,5% pertenecen al sector público y 48,4% están ubicadas en Lima. Para el año 2008 se estimó que 44 032 alumnos requirieron de campos clínicos, 70% provenían de universidades privadas, las cuales crecieron 65% desde el 2005. La cobertura de campos clínicos, solo considerando a internos de cuatro carreras (medicina, enfermería, obstetricia y odontología), llega al 31,5% a nivel nacional. El número de camas por estudiante osciló entre 0,5 en La Libertad a 0,82 en Lima siendo el promedio nacional de 0,45. **Conclusiones.** La oferta de campos clínicos para la enseñanza de pregrado en el Perú es insuficiente para satisfacer la demanda, que continúa en crecimiento a expensas de universidades privadas, por lo que se requiere con urgencia de una regulación.

El promedio nacional de campos clínicos es de 0.45 camas hospitalarias por alumno (Estándar Internacional 5). La Defensoría del Pueblo identifica la saturación de estudiantes como la primera causa de deterioro de la calidad de atención.



RESEARCH ARTICLE

Differences on Primary Care Labor Perceptions in Medical Students from 11 Latin American Countries

El 32% de los Estudiantes de Medicina aspiran a migrar al término de la carrera. Sólo el 8% aspira a trabajar en áreas rurales

Reneé Pereyra-Elías¹, Percy Mayta-Tristán^{1*}, Juan José Montenegro-Idrogo², Christian R. Mejía^{1†}, Gabriel Abudinén A.³, Rita Azucas-Peralta⁴, Jorge Barrezueta-Fernandez⁵, Luis Cerna-Urrutia⁶, Adrián DaSilva-DeAbreu⁷, Alvaro Mondragón-Cardona⁸, Geovanna Moya⁹, Christian D. Valverde-Solano¹⁰, Rhannel Theodorus-Villar¹¹, Maribel Vizárraga-León¹², Red-LIRHUS[†]

1 Escuela de Medicina, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú, 2 Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú, 3 Hospital de Illapel, Illapel, Chile, 4 Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Asunción, Asunción, Paraguay, 5 Facultad de Medicina, Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador, 6 Facultad de Medicina, Universidad Dr. Jose Matias Delgado, San Salvador, El Salvador, 7 Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela, 8 Facultad de Medicina, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia, 9 Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras, 10 Facultad de Medicina, Universidad Hispanoamericana, San José, Costa Rica, 11 Facultad de Medicina, Universidad Católica Boliviana San Pablo, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, 12 Facultad de Medicina, Universidad Juárez, Durango, México

* Current address: Escuela de Postgrado, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú

† Membership of the Grupo Latinoamericano de Investigación en Recursos Humanos en Salud is listed in the Acknowledgments.

* p.mayta@gmail.com



CrossMark
click for updates

 OPEN ACCESS

Citation: Pereyra-Elías R, Mayta-Tristán P, Montenegro-Idrogo JJ, Mejía CR, Abudinén A. G,



La formación no responde a las necesidades de la población y prioriza los espacios de práctica hospitalarios (CONADASI 2013)

ANÁLISIS	EFECTO	PROPUESTA DE REFORMA
<p>La formación se concentra en los hospitales y no en los establecimientos de salud del primer nivel de atención donde se pueden resolver el 80% de los problemas de salud.</p> <p>Ausencia de docentes y sedes docentes en el primer nivel de atención.</p> <p>Diseño curricular no se basa en un diagnóstico socio sanitario del país ni en perfil de competencias.</p> <p>Enfoque pedagógico basado en metodologías tradicionales centrado en docentes hospitalarios y no prioriza la realidad sanitaria local, ni inserta al alumno en metodologías problematizadoras</p>	<p>Los egresados de las carreras de ciencias de la salud no tienen las competencias para resolver los problemas del primer nivel de atención.</p> <p>Severa escasez de médicos en EESS del primer nivel de atención.</p> <p>Médicos poco comprometidos y motivados para trabajar en el primer nivel.</p> <p>Egresados con preferencia para trabajar en Lima y en hospitales.</p> 	<p>Una nueva estructura curricular y disminución de los años de formación del médico que permita contar con médicos para el I nivel en el mas corto plazo:</p> <ul style="list-style-type: none">- Médico: Reducir de 7 a 5 años de formación, con 80% de sedes en Primer nivel y 20% en hospitales, priorizando la formación en el manejo de prioridades sanitarias; salud familiar y comunitaria. Mas 1 año de internado rural- Otros profesionales de la salud: 4 años de formación en el PNA y 1 años de internado rural. <p>Las sedes hospitalarias serán prioritariamente para la formación de especialistas.</p>



Deterioro crítico del nivel formativo



Informe Final

Estudio sobre los Recursos Humanos en Salud en Perú:
Gestión, Distribución, Normatividad, Regulación,
Condiciones laborales y salariales y Formación

COORDINADOR DE PROYECTO: MIGUEL JARAMILLO BAANANTE
CONSULTORES:
GIOVANNI ESCALANTE GUZMAN
PIERINA POLLAROLO GIGLIO
ARTURO RUBIO DONNET
ANALISTAS:
SANDRO PARODI
LUCÍA DEL CARPIO
CÉSAR CANCHO
RAMIRO MÁLAGA

Agosto, 2006

En el Cusco, solo el 14 % de una muestra de SERUMS calificó como buena 8 competencias básicas y en Bagua un 22%.

Se encontró una baja percepción para el desarrollo de competencias como: Extracción Manual de Placenta, Extracción de restos retenidos y realización de cesáreas.



Deterioro de campos clínicos es un obstáculo crítico en la Educación en Salud.

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

LA DISCRIMINACIÓN EN EL PERÚ

BALANCE Y DESAFÍOS
Editora: Cynthia A. Sanborn

Liuba Kogan David Sulmont Néstor Valdivia Ariette Beltrán Janice Seinfeld Juan Francisco Castro Gustavo Yamada
Enrique Vásquez Annie Chumplitaz César Jara Cynthia A. Sanborn Alonso Arieta Rosa María Fuchs Patricia Lay Wilfredo Ardito

 **UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO** | **50 AÑOS**
1962 - 2012

- Los servicios públicos como campos formativos acusan un complejo proceso de deterioro que van más allá de la precarización de su funcionamiento.
- Diversos estudios señalan los servicios públicos de salud como centros reproductores de discriminación (Valdivia 2012), importante presencia de maltrato a los pacientes (ENSUSALUD-INEI 2016) y corrupción en el proceso de atención (Yamada, el Triple Castigo, 2011).



Elementos de un Escenario Probable

- La reconversión del Sistema de Salud Peruano a un despliegue de base territorial será un proceso lento y complejo.
- Los recursos van a ser limitados en el actual esquema de financiamiento del sector educación universitario, en el marco de implementación de la Ley Universitaria.
- El despliegue de una política de fortalecimiento de Recursos Humanos se daría en el marco de un posible escenario de financiamiento contra-ciclíco, el cual priorizaría la mejora de la capacidad instalada y el aumento de la cobertura.
- Durante un periodo relativamente largo la reconversión del Sistema de Salud será acompañada de una limitación de recursos humanos en número, distribución y capacidades
- Enorme presión sobre las universidades en torno a las contradicciones y distorsiones de la articulación docente-asistencial.



Hacia una hoja ruta para el cambio.

- Articular una masa crítica de recursos en los sectores de salud y educación para el diseño y gestión del cambio.
- Diseño y validación de un nuevo modelo de plan de estudios, con ejes transversales, modular, menos créditos y con el 70% de experiencias formativas en Centros de Salud y Hospitales nivel II.
- Este plan debería incluir un externado e internado rural y sistemas de certificación de competencias básicas previas al internado.
- Independientemente de los procesos de reordenamiento territorial de los nuevos campos clínicos, las universidades comprometidas con el cambio deben de generar una base de recursos compartidos a desplegar en el proceso..
- Acompañar el proceso con un fuerte desarrollo de investigación e innovación (Tecnologías de cuidado, Gestión Territorial, Calidad de Atención, Interculturalidad en Salud, Mercados de Trabajo, Educación Médica, etc.).



Recuperación de Hitos en el Proceso de Modernización en la Educación Médica Peruana

CARLOS ALBERTO SEGUIN

La Preparación Psicológica del Estudiante de Medicina

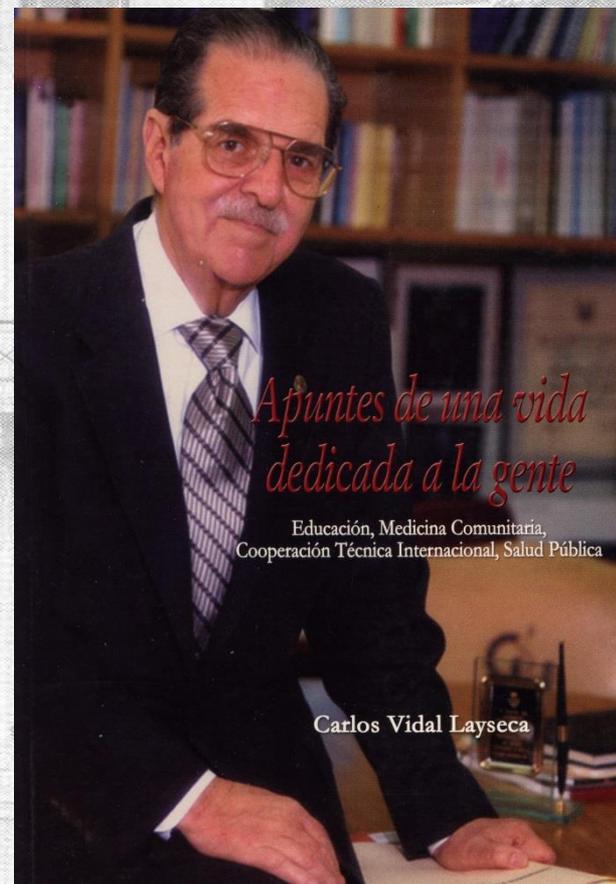
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Salud Comunitaria en el Ande Peruano

Reflexiones sobre una experiencia de cooperación con médicos y enfermeras en servicio rural



Ariel Frisancho
con la colaboración de:
Giuseppe Masala
Fulvia Motta
Jaime Johnson
Eduardo Garrido



Apuntes de una vida dedicada a la gente

Educación, Medicina Comunitaria,
Cooperación Técnica Internacional, Salud Pública

Carlos Vidal Layseca



Ejes para una convergencia nacional por la Educación en Salud

1. Decisión política y marco normativo para la construcción del nuevo modelo de educación en ciencias de la salud, incluyendo el desplazamiento progresivo y prioritario de la formación hacia el primer nivel y hospitales generales.
2. Territorialización de la articulación docencia – servicio.
3. Desarrollo de redes integradas (experiencias piloto), en alianza estratégica con las instituciones formadoras, generando y desarrollando nuevos escenarios de formación.
4. Alineamiento de incentivos e inversión estatales a los esfuerzos institucionales de construcción de un nuevo modelo de educación en ciencias de la salud
5. Articulación de formación y mercado laboral en Salud Familiar (formación, reclutamiento, selección, compensación, desarrollo, etc.).
6. Institucionalización de espacio de articulación docencia – servicio del Ministerio de Salud y universidades aliadas por el cambio.
7. Fuerte compromiso de política pública para regular la oferta y calidad de la Educación Médica.



Alianzas estratégicas para el cambio

- 1. Ministerio de Salud**
- 2. Gobiernos Regionales**
- 3. Universidades aliadas del cambio**
- 4. SUNEDU.**
- 5. Organismos cooperantes y de integración**

Generar una visión y acción compartida que incorpore la responsabilidad social como elemento esencial de la calidad de la educación de los profesionales de la salud.



“El Médico otra vez ha de ser un hombre ‘culto’ capaz de comprender la trama de su civilización, de auscultar no solo a los enfermos, sino a las comunidades donde trabaja, a la nación que pertenece...”

Max Kuczynski

El Médico funcional y la penetración socio-sanitaria del campo, Lima, 1947

