

Capítulo III

Salud Pública en una República Oligárquica: Perú, 1877-1933

Mundo occidental y Salud Pública

El entorno capitalista monopólico

*Positivismo, desarrollo tecnológico y capitalismo monopólico:
1875-1913*

El “paradigma positivista” del conocimiento se hace hegemónico en el mundo académico occidental durante el periodo 1875-1933. Este paradigma parte del principio de la unidad de las ciencias naturales y sociales y fue desarrollado por Auguste Comte (1798-1857), John Stuart Mill (1806-1873) y, posteriormente, Emile Durkheim (1858-1917) en el marco de la tradición empirista de Locke, Newton y otros. Por el análisis en que se basaba cada una de sus ramas, la ciencia ambicionaba llegar a la verdad:

La filosofía positivista dominante, orientada hacia el determinismo, seguía pretendiendo hallar sólo en la Ciencia la base de todo conocimiento válido y rechazaba toda conclusión que no derivase de la aplicación rigurosa del método científico [1].

Hacia 1875 el prestigio de la ciencia es máximo en el mundo occidental. El desarrollo de las ciencias naturales impulsa el progreso tecnológico. Entre 1875 y 1900 la industria aparece directamente influida por este progreso y por la rápida mejora de los medios de comunicación. En todas partes se multiplican los ferrocarriles. A su vez, los requerimientos de la industria impulsan el pro-

greso tecnológico y el de los medios de comunicación. El precio de los productos industriales disminuye, así como el de los transportes. El telégrafo da un impulso enorme a los negocios y relaciones comerciales. Por otra parte, el aumento constante de la producción impone a los países industriales la búsqueda de nuevos mercados dónde exportar sus productos. Las condiciones y la expectativa de vida de la población de estos países mejoran significativamente. Se produce una agudización de las luchas de los trabajadores contra la prolongación de la jornada laboral, lo que produjo la implantación de medidas legales para la limitación de dicha jornada.

Entre 1870 y 1913, antes de la gran guerra, los progresos técnicos, incentivados por el capitalismo, habían decuplicado la potencia productiva en Europa. Como ejemplo de este hecho basta considerar que la capacidad de un alto horno era de 35 toneladas, en 1870, y de 350 en 1913. A los prodigios realizados por el vapor se añadían los de la electricidad y del petróleo. La ciencia seguía impulsando la tecnología y ésta creaba industrias nuevas. La construcción de automóviles estaba en auge. La aviación y la navegación submarina entraban en escena. La longitud de las vías férreas en el mundo aumentó en un 80% entre 1890 y 1913. El patrón de oro y la libertad de cambios había conseguido dotar al mundo de una moneda internacional, a la cual se referían todos los sistemas nacionales. Estados Unidos ocupaba el primer lugar entre las naciones industriales del mundo, pero Europa era aún la que, por sus sistemas de créditos internacionales, poseía la preeminencia económica y financiera. Alemania se había convertido en una de las primeras potencias europeas, después de que Prusia consiguiera la unidad alemana en 1871 sobre las ruinas del segundo Imperio francés [1].

El incremento de la producción mundial y las exigencias de la competencia fue acompañado de una concentración de capitales más acentuada. Las mayores posibilidades financieras y tecnológicas condujeron a una concentración mayor de la industria, la cual desde 1880 va cayendo bajo el dominio de las sociedades anóni-

mas, que reemplazan a las empresas individuales. Aparecen, entonces, las grandes concentraciones capitalistas que sustitúan la “libre competencia” por el monopolio. De este modo, los mercados no tardarían en caer bajo el dominio de inmensas corporaciones de negocios y capitales. Se inicia, así, el capitalismo monopólico con la formación, primero, de las corporaciones y, más tarde, de las grandes empresas transnacionales industriales y financieras [1].

Según Lenin, lo que caracteriza al capitalismo monopólico es la exportación del capital financiero de las metrópolis capitalistas hacia las economías menos desarrolladas. Esto era una consecuencia de los gigantescos procesos de concentración de la producción (*trust*, sindicatos y carteles), por el nuevo rol de los bancos y del capital financiero (fusión de capital bancario e industrial). La búsqueda de mayores beneficios económicos hace necesaria esta transformación. El capitalismo competitivo enviaba mercancías, el nuevo capitalismo comienza a enviar capitales que serán invertidas en actividades productivas de mayor rentabilidad.

Las economías subordinadas... dejan de ser simples mercados de comercialización de las mercancías importadas para convertirse en economías de acumulación en función de los intereses y mercados metropolitanos. Este paso es trascendental, así hace su aparición el imperialismo o fase del capitalismo monopólico: un período donde el capitalismo afecta directamente las estructuras productivas de los países dominados [2].

A partir de entonces se observarían dos tendencias en el mundo occidental: una que encaminaba a las potencias industriales por la senda del imperialismo colonial y económico; la otra que pondría fin al libre cambio como política restaurando el proteccionismo, en un intento de proteger el mercado interior de la competencia externa para reservar lo para la producción nacional. Estas potencias compiten por una mayor expansión colonial y por la conquista de nuevos mercados en las regiones “tropicales”, para sus productos y su capital financiero. Al presentarse dificultades a la libertad del comercio exterior se refuerzan los nacionalismos.

La primera Guerra Mundial y la posguerra: 1914-1933

Como resultado de esas dos tendencias las grandes potencias europeas se lanzan a una política imperialista y a una lucha por la hegemonía continental, que culmina con el fin de la primera Guerra Mundial (1914-1918). Se producen la Revolución Rusa de 1917 y el derrumbamiento de los Imperios centrales, que son derrotados en 1918 por las potencias aliadas. El Tratado de Versalles (1919), impuesto por W. Wilson, reagrupa políticamente a Europa. Al final de la guerra Estados Unidos ubica sus productos y sus capitales en la arruinada Europa, surgiendo como el país dominante en el escenario financiero y económico mundial [1].

La posguerra europea (1918-1930) se caracterizó esencialmente por la declinación de la hegemonía de la democracia liberal y por el ascenso de los regímenes dogmáticos y autoritarios. Rusia se reconstruye sobre una base autoritaria de colectivismo estatal. Nace la URSS; el marxismo pretende reemplazar al liberalismo. El fascismo triunfa en Italia (1922) y la sometió a una dictadura nacionalista que reemplazó el parlamentarismo por el corporativismo. La crisis económica de 1929 alcanzó proporciones alarmantes en Alemania, terminando con el ascenso del nacionalsocialismo. El mundo se dividió en áreas de dominio del liberalismo, del estatismo y del dirigismo. El retroceso del liberalismo económico y del individualismo reforzó el nacionalismo y el colectivismo [1].

La región de las Américas experimentó un período de crecimiento acelerado entre 1918 y 1929, como resultado de una gran expansión de su agricultura y su industria. Mientras que Europa se recuperaba de la destrucción de su infraestructura social y económica producida por la guerra, en la región se producía un progreso sin precedentes en las comunicaciones, el comercio marítimo, la construcción de vías férreas y carreteras, así como en los viajes por avión. Los mayores requerimientos de una fuerza de trabajo sana, derivados de aquella expansión, obligaron a una revalorización de su importancia en el proceso productivo. Se hace evidente que el control efectivo de las epidemias en los países o áreas

“tropicales” es una condición necesaria para la penetración del capital en condiciones de alta rentabilidad.

Ese crecimiento acelerado de las economías incipientes de América Latina, iniciado con el fin de la primera Guerra Mundial, se detuvo e invirtió espectacularmente con la caída de la bolsa de valores de Nueva York en 1929. A la crisis económica le siguió una crisis social, sin precedentes, con desempleo masivo y crecientes desigualdades.

La Salud Pública en su era bacteriológica

Los grandes descubrimientos bacteriológicos: 1875-1900

Alrededor de la primera mitad del siglo XIX se estaban produciendo grandes progresos en el campo de la Biología. M. J. Scheleiden (1804-1881) y T. Schwann (1810-1882) enuncian su “teoría celular”, después de demostrar que los animales y los vegetales se hallan constituidos por células; en tanto que en 1852, R. Remak (1815-1865) plantea el principio embriológico “omnis cellula e cellula”, es decir, que toda célula procede de otra célula negando así la posibilidad de la “generación espontánea” de los seres vivos. En 1858 Virchow fundamenta su doctrina de la “naturaleza celular” de todas “las manifestaciones vitales, fisiológicas y patológicas, animales y vegetales”; ratificó el principio de Remak e intentó demostrar que la célula constituye en realidad el último elemento figurado de toda manifestación vital; la enfermedad dependería, entonces, de las alteraciones de la célula o de complejos tisulares. Además, las observaciones clínicas de P. Bretonneau (1778-1862) y de I. P. Semmelwies (1818-1865), contribuían a consolidar la teoría de la individualidad de las enfermedades basadas en la especificidad de su etiología. Luego, con los descubrimientos de Pasteur y de Koch se completaría la validación de los tres conceptos biológicos fundamentales que sirvieron para transformar la antigua teoría del “contagium vivum” en la nueva “teoría del germen” o teoría infecciosa: (i) la teoría

celular; (ii) la especificidad de las enfermedades y, (iii) la ausencia de generación espontánea o heterogénesis [3, 4].

En 1864, Louis Pasteur (1822-1895) resumió y publicó los resultados de sus estudios sobre la fermentación, para hacer su más revolucionaria contribución científica: la refutación de la teoría de la generación espontánea y la demostración indisputable de la existencia de microorganismos, de su modo de reproducción y de su especificidad patogénica. Los descubrimientos iniciales de Pasteur, así como los que estaban efectuando Ferdinand Cohn (1828-1898) y Robert Koch (1843-1910), establecerían los fundamentos científicos de la Microbiología. Los avances que siguieron durante las siguientes dos décadas ocurrieron de manera muy rápida siguiendo, en general, dos tendencias en su desarrollo.

Una tendencia, la de Koch, llevó al desarrollo de los métodos para el cultivo y el estudio del germen o microorganismo. Pasteur y sus colaboradores tomaron otra dirección concentrando su atención en los mecanismos de la infección y en la aplicación práctica del nuevo conocimiento en la prevención y tratamiento de enfermedades contagiosas. La noción de “agente específico” de la enfermedad estuvo presente en los primeros estudios de Pasteur y se fortaleció con las contribuciones de Koch. Este investigador enunció sus famosos postulados sobre las condiciones biológicas necesarias para identificar dicho agente: (i) hallazgo del microorganismo en todos los casos de la enfermedad; (ii) obtención de cultivos puros del microorganismo a partir de los enfermos y, (iii) reproducción de la enfermedad al inocular el microorganismo en animales [4, 5].

Con los métodos desarrollados por Koch en unos pocos años —especialmente entre 1877 y 1897— los agentes biológicos específicos de numerosas enfermedades humanas y de animales fueron descubiertos, así como sus principales mecanismos de transmisión. De manera paralela, Pasteur —siguiendo las evidencias de la vacunación Jenneriana— concibió la idea de prevenir las enfermedades infecciosas por medio de vacunas preparadas con cepas atenuadas y comenzó a investigar, entre 1880 y 1888, la mo-

dificación de la virulencia en los gérmenes productores de enfermedad. Los resultados de estas investigaciones, especialmente en el caso de la rabia humana, abrieron el camino para el desarrollo de las vacunas y las antitoxinas impulsando el progreso de la Inmunología y de los medios de prevención de la enfermedad [5].

El 14 de noviembre de 1888 se inauguró el Instituto Pasteur. Posteriormente, Roux y Yersin aislaron la toxina diftérica de filtrados de cultivos del bacilo, lo que permitió a Behring, en Alemania, desarrollar la antitoxina diftérica. Luego, Roux desarrolló la seroterapia del tétanos y Calmette la antiofidica; Metchnikoff evidenció la acción fagocitaria y estudió la sífilis. La Microbiología y, luego, la Inmunología aparecen, entonces, como los primeros resultados de la utilización del nuevo conocimiento, generado del estudio inicial de la acción biológica de los microbios (fermentadora, enzimática) y su neutralización (pasteurización), para la interpretación de la patogenia de las enfermedades contagiosas y la posible prevención de las mismas [5].

A partir de esos descubrimientos se inició la formalización de la Epidemiología como ciencia, superando así a la epidemiología prepasteuriana de la constitución epidémica y de los miasmas. La Epidemiología comenzó a desarrollarse como una disciplina “positiva”, sometiéndose a las exigencias cuantificadoras del resto de las ciencias naturales. Las primeras construcciones teóricas de esta nueva ciencia se hacen a partir de la noción abstracta de “medio”. Noción formulada por primera vez, como cualidad de “poner en relación”, en la Mecánica de Newton; trasladada, luego, por Comte a las ciencias biológicas y, finalmente, adoptada como “medio interno” por la patología experimental de Claude Bernard (1813-1878). Previamente, en los trabajos John Snow (1813-1858) había relacionado, de manera abstracta, los numerosos elementos exógenos al organismo (que la Higiene, en los años anteriores había asociado a la dimensión pública de la Salud) con las disfunciones gastrointestinales que caracterizan al cuadro orgánico del cólera.

Snow logra asociar, en los moldes del causalismo mecanicista de las ciencias naturales, fenómenos naturales y no naturales, utilizando la noción de un espacio real extraño a los cuerpos biológicos pero tornado conceptualmente continuo a éstos (...). A través de ella, los elementos externos pueden tener su identidad objetiva restringida a la condición de “interdicción y transmisión” de la mecánica fisiopatológica del cólera [6].

Esta nueva epidemiología tenía como su objetivo el estudio de las enfermedades infectocontagiosas, más específicamente de sus modos de transmisión. Explica a la enfermedad como una anomalía o deterioro biológico que tiene su origen en la agresión de un agente externo, casi siempre biológico. Este agente es considerado como la “causa” única y suficiente de la enfermedad. La interpretación monocausal de la enfermedad comienza a hacerse hegemónica en la comunidad científica. En 1906, Hammer publica su teoría de las epidemias estableciendo tres conceptos básicos: infectados (I), susceptibles (S) y el de tasa de contagio (L); plantea la primera ecuación matemática de una epidemia, modelo que resultará mejorado posteriormente por Soper en 1929 [7].

Por su parte, la Medicina moderna, crea al final del siglo XIX, contaba con técnicas clínicas y quirúrgicas más eficaces; mientras que la anestesia y la asepsia de Lister (1880) ensanchaban el campo de la cirugía. Los hospitales, que habían servido como “casas de misericordia” y, luego, como “casa en que se curan enfermos pobres”, se comenzaron a convertir en lugares de tratamiento de enfermos graves. Ello fue posible debido a que incorporaron el orden, la limpieza y los avances tecnológicos en sus estructuras y procesos. Sólo a fines del siglo XIX el saber médico llegó a tener una eficacia objetiva para la atención de la salud de las personas.

En 1860 Florencia Nightingale, con un fondo de 50 000 libras esterlinas que le fue entregado por sus servicios durante la guerra de Crimea, organizó en Londres una escuela de enfermeras en el hospital de Santo Tomás; años más tarde publicó dos libros de gran importancia: *Notas sobre Hospitales* y *Notas sobre Enfermería* que llegaron a ser textos de medicina militar. Se iniciaba así el reconoci-

miento de la enfermería como una profesión. Además, las evidencias estadísticas de las relaciones entre el mejoramiento del saneamiento urbano y los niveles de mortalidad y morbilidad obligaron a las autoridades políticas, en los países desarrollados, a preocuparse cada vez más en ampliar y modernizar sus sistemas públicos de abastecimiento de agua y eliminación de aguas servidas en las ciudades de gran y regular tamaño.

De esa manera, la Ciencia mejoraba las condiciones de vida y comenzaba a ser el mejor fundamento de una Medicina y de una Salud Pública más efectivas. La existencia del hombre se prolongaba y se acentuaba, en consecuencia, el crecimiento demográfico, que desde 1860 no cesaba en Europa Occidental. Las ciencias naturales —renovadas por la teoría celular de Virchow, la Fisiología experimental y la naciente Microbiología—, junto con la Geología, la Paleontología, la Historia y la Sociología abrían a las tecnologías del cuidado de la salud nuevos horizontes.

Bajo la influencia de la Microbiología y del auge de la Clínica Médica se produce, en las últimas décadas del siglo XIX, el dominio de la interpretación monocausal de la enfermedad, el declive de la dimensión social de la Higiene y, en consecuencia, el inicio de la configuración de un modelo médico-sanitarista de carácter naturalista. En este modelo se separa, por un lado, la acción sanitaria que el Estado realiza a través de leyes sociales y obras de saneamiento urbano y, por otro lado, la acción de prevención individualizada que el médico realiza a través de su práctica clínica, cuando pretende inculcar hábitos saludables en sus pacientes. Se va a producir en las siguientes décadas una separación entre las llamadas “Medicina Estatal” y la “Medicina Preventiva”.

La nueva tecnología médico-sanitaria: 1900-1920

En las dos primeras décadas del siglo XX los investigadores continuaron identificando microorganismos responsables de enfermedades específicas; así como precisando sus mecanismos de transmisión, aclarando en mucho la “teoría del germen”. Estos nuevos

conocimientos siguieron validando la interpretación monocausal de la enfermedad. Adicionalmente, otros tipos de descubrimientos, ocurridos en estas mismas décadas, reforzaron aún más esa interpretación. Nos estamos refiriendo al nuevo conocimiento sobre el papel que desempeñaban en la fisiología animal algunos factores químicos y bioquímicos, como las hormonas, grasas, microelementos, vitaminas y otros; así como los efectos consecutivos a sus carencias o excesos. En 1916 la idea de la exclusividad del agente biológico como única causa de enfermedad era tan dominante en la comunidad médica que Joseph Goldenberg y sus colaboradores tuvieron que inocularse material orgánico de pacientes con pelagra para probar, primero, de que esta enfermedad no era contagiosa y, luego, fundamentar su etiología nutricional (Terris, 1987) [8].

Todos esos avances cognitivos, validados por la epidemiología positivista, acumularon el saber suficiente para el mejor diseño del modelo médico-sanitarista, orientado al diagnóstico etiológico, la terapéutica específica, la medicina preventiva y los programas de protección específica. La eficacia evidente de esta nueva tecnología médico-sanitaria, especialmente en el control y tratamiento de las enfermedades “tropicales” endémicas, se constituyó en un argumento económico y político contundente para convencer a las autoridades gubernamentales en la necesidad de la reforma de la organización y las funciones de los departamentos de Salud Pública. Reforma que implicaba estructuras, procesos y personal distintos a los utilizados anteriormente.

Ahora, se trataba de supervisar la higiene de los alimentos y de la leche; crear y desarrollar servicios de laboratorios públicos; impulsar las inmunizaciones, el saneamiento ambiental, la educación sanitaria y garantizar el compromiso de los médicos privados con las actividades de prevención y control de las enfermedades transmisibles. Se hacía imperativo, además, la construcción y la operación de redes de dispensarios para la atención de ciertas enfermedades como la tuberculosis y las enfermedades venéreas, así como la aparición de los primeros centros dedicados a la hi-

giene infantil y la atención materna. Había que conducir, administrar y aplicar una nueva tecnología que exigía una reforma sanitaria sustantiva.

La Salud Pública había cambiado, entonces, de fundamentos cognitivos, de centro de estudio y de acción. Renunciaba a la epidemiología protocientífica y las teorías anticontagionistas —defendidas por los creadores de la Medicina Social—, así como al modelo de Sanidad Estatal, intervencionista y de orientación colectivista. Para adoptar, en cambio, la epidemiología positivista y la “teoría del germen”; así como el nuevo modelo biomédico y de orientación individualista de atención de la salud. Antes la Salud Pública había concentrado su atención sobre el medio físico y social; ahora, en su “era bacteriológica”, lo hacía sobre el medio biológico y el individuo. La antigua prioridad mundial del control de las enfermedades “pestilenciales” en sus formas epidémicas comienza a ser reemplazada y diversificada por la erradicación de las enfermedades “tropicales” endémicas en los países subdesarrollados y por el control de las enfermedades crónicas en los países industrializados.

La expansión imperialista se desarrolló en gran medida en las regiones tropicales de Asia, África y América Latina. Pero, la extracción de materias primas y productos para la exportación y la construcción de vías de acceso para la penetración en los nuevos territorios económicos encontraron pronto, en los altos riesgos de enfermar y morir por enfermedades infecciosas, obstáculos que limitaron severamente los beneficios económicos de las empresas extranjeras. En estas circunstancias la investigación para el mejor conocimiento del control de esas “enfermedades tropicales” se constituyó en una inversión apropiada al interés económico capitalista.

Los principales monopolios comenzaron a otorgar respaldo técnico y financiero a las escuelas e institutos de investigación de Medicina Tropical. En la primera década del siglo xx las Escuelas de Medicina Tropical de Londres, Liverpool, Hamburgo y Bruselas ya habían alcanzado un desarrollo importante. En 1913 se creó

el departamento de Medicina Tropical de la Escuela de Medicina de Harvard, dirigido por Richard P. Strong, cuya primera tarea fue organizar expediciones científicas de estudio de enfermedades tropicales a lo largo de la Costa este de Sudamérica, especialmente, Ecuador y Perú. Entre los principales donantes para el financiamiento de las operaciones de este departamento se encontraba la “United Fruit Company”, que tenía un virtual monopolio sobre la producción y distribución de las bananas de Centroamérica y otras importantes inversiones en América Latina [9].

En síntesis, en las primeras décadas del siglo xx, la Medicina y la Salud Pública adoptan la teoría del germen como el núcleo del modelo explicativo de la enfermedad. Con este modelo teórico se producirá una profundización del saber médico sobre las enfermedades de los distintos sistemas orgánicos del individuo, lo que conducirá a una mayor especialización del profesional de la salud, así como a una mejor aplicación de los avances bacteriológicos, inmunológicos, patológicos y clínicos para el tratamiento de dichas enfermedades. Este tipo de saber permitió un gran progreso en la lucha contra las enfermedades infectocontagiosas, aunque tuvo dos efectos negativos: (i) la tendencia a sobresimplificar los problemas de la salud, por desconocer o minimizar sus aspectos no biológicos, especialmente los sociales, y, (ii) la deshumanización de la atención de la salud, derivada de la parcelación del estudio y del tratamiento del individuo.

Inicios de la reincorporación de los aspectos sociales: 1920-1933

En los lustros iniciales del siglo xx, de grandes tensiones sociales y políticas, reaparecen médicos que, en contra de la corriente hegemónica en la comunidad científica, insisten en utilizar la Epidemiología como un instrumento para estudiar las “patologías sociales” generadoras de desigualdades y conflictos. Major Greenwood [10], médico socialista inglés, profesor de Epidemiología y Estadísticas Vitales de la “London School of Higiene”, reclama una delimitación más clara del campo objetivo de la

Epidemiología; asimismo recusa el carácter esencialmente descriptivo que estaba adoptando en los últimos años.

Greenwood propone que asuma una posición crítica frente a los fenómenos de salud que se observan en la realidad colectiva: “Epidemiología es un estudio de la enfermedad como fenómeno de masa; la unidad de observación no es el individuo sino un grupo”. En el estudio que realiza sobre el cáncer introduce metodológicamente el concepto de “clase social” para el análisis de la distribución de la enfermedad y también extrae las conclusiones adecuadas acerca de la naturaleza “previsible” de muchos cánceres. Para este médico el estudio de la enfermedad colectiva debe tener siempre fines prácticos, es decir, buscar una intervención sanitaria eficaz, con relación a la cual la aptitud específica de la epidemiología es, según él, la prevención de la enfermedad.

No obstante los aportes de Greenwood y los que hacen otros autores en la década de 1930, la epidemiología “oficial” continuará dando preferencia al enfoque positivista y, por ende, al manejo de datos biológicos y al estudio de series de corta duración, minimizado el efecto de “lo social”. En Estados Unidos, Kerr White formaliza el concepto de “epidemiología clínica”, en la línea de John Paul, profesor de Medicina Preventiva de la Jhon Hopkins, para sugerir que a partir del conocimiento de “lo individual” se conocerán los detalles del origen de la enfermedad, así como las necesidades reales de la familia, la comunidad y la población [11].

Mientras tanto, la elaboración teórica de la “Medicina Social” alemana continuaba con Alfred Grotjahn, primer catedrático de “Patología Social” en Berlín (1924) quien reservaba aquella expresión para referirse específicamente a las relaciones de la sociedad con la atención médica y utilizaba la de “Higiene Social” para referirse a sus relaciones con la práctica sanitaria. En su libro de *Patología Social*, publicado en 1911, se lee que las bases sociales de la enfermedad pueden ser consideradas como condiciones sociales que:

- (a) pueden crear o favorecer la predisposición para una enfermedad;
- (b) pueden ellas mismas causar enfermedades directas.

mente; (c) puede transmitir las causas de la enfermedad; y (d) puede influir en el curso de la enfermedad [12].

Concede, sin embargo, más importancia a los factores técnicos que a las relaciones sociales o al modo de producción, en el origen de las enfermedades producidas por la actividad industrial: habría que sustituir al “sucio carbón” por la “fuerza eléctrica pura”. Concede asimismo atención a la eugenesia, dentro de una orientación darwinista [11].

En el mundo occidental, alrededor de 1918 y 1920, después de la primera Guerra Mundial y del triunfo de la Revolución Socialista en Rusia, las autoridades políticas comienzan nuevamente a prestarse atención a los factores sociales como condicionantes o determinantes de la salud colectiva. Por otro lado, la pandemia de influenza de 1918, así como algunos brotes epidémicos de otras enfermedades infecciosas fueron indicios de que las posibilidades de una Salud Pública centrada en la teoría del germen no eran tan grandes y que las medidas de protección derivadas de esa teoría no eran tan efectivas como muchos suponían.

Hasta el final de la primera década del siglo xx las acciones de la Salud Pública se orientaban esencialmente a la conservación o “protección” de la salud individual. Es recién a partir del inicio de la segunda década que los términos de “fomento” y “promoción” de la salud, así como el de “comunidad”, aparecen en los glosarios sanitarios. Los países anglosajones fueron los pioneros y en ellos el innovador fue C. E. Winslow quien introdujo notables avances en el concepto de salud pública estableciendo las bases del concepto contemporáneo. Winslow había propuesto en la “Convención Anual de la Asociación Médica para el Progreso de la Ciencia” (1920) la siguiente definición del concepto:

... es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: 1) el saneamiento del medio; 2) el control de las enfermedades transmisibles; 3) la educación sanitaria; 4) la organización de los servicios médicos y de enfermería; y 5) el desarrollo de los mecanismos socia-

les que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de su salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad [13].

Con las ideas de Winslow y sus seguidores la educación sanitaria se revalorizó y difundió en busca de nuevos métodos que posibilitaran la participación activa de la comunidad en el fomento y protección de su salud. La Antropología comienza a hacer importantes contribuciones para alcanzar una mejor comprensión del complejo fenómeno de la salud, como un componente esencial para la vida del individuo y de cada comunidad.

Winslow (1877-1957), médico, sanitarista, docente y líder de la Salud Pública en el mundo, no llegó a calificar explícitamente, en su definición, a la “recuperación” de la salud como una función básica sanitaria. Recién en la primera década de la segunda posguerra, como consecuencia de los grandes avances de la medicina asistencial, de una práctica de atención médica cada vez más cara y compleja, y de la creciente valoración de las ideas de justicia social, se afianzaría la idea de que la recuperación de la salud debía constituirse, también, en una función básica de la Salud Pública.

Al final del período 1920-1933, Wade Hampton Frost, en Estados Unidos, centra la Epidemiología en el estudio de las enfermedades transmisibles y enfatiza su carácter social. En 1927 la define como

ciencia de los fenómenos masivos de las enfermedades infecciosas, o bien como la historia natural de las enfermedades infecciosas [14].

Prosigue y afirma que:

la Epidemiología es esencialmente una ciencia inductiva, interesada no solamente en la distribución de la enfermedad sino igualmente o más en dar en ella una filosofía consistente (...) ella es esencialmente una ciencia colectiva, y su progreso está dependiendo en mucho de lo que ha sido hecho en otros campos [14].

El rigor metodológico de esta concepción fue confirmado por Stallybrass en 1931 [11].

Inicios de la Salud Pública moderna en América

En Estados Unidos de Norteamérica: 1902-1933

En junio de 1798 el Congreso estadounidense había aprobado una Ley de Hospitales de Marina (“Marine Hospital Service Act”), por la que autorizó al Presidente nombrar médicos en cada puerto y proporcionar medicamentos y hospitalización a marinos enfermos e inválidos. De la paga de cada hombre debían deducirse veinte centavos al mes y lo recaudado debía ser entregado a los oficiales de aduanas del Departamento del Tesoro encargados de su custodia. Posteriormente la preocupación de los Estados y del gobierno federal por impedir la introducción al país de enfermedades epidémicas dio lugar, en 1878, a la primera ley sobre cuarentena en los puertos. La obligación de aplicar esta ley recayó, finalmente, sobre el “Servicio de Hospitales de la Marina”.

Los Estados debían solicitar el concurso de los médicos de este Servicio, funcionarios federales, para el control de situaciones de carácter local. Con relación a esta particular historia, un hito importante había sido el “Informe de la Comisión Sanitaria de Massachusetts”, presentada en 1850. Comisión presidida por Lemuel Shattuck (1793-1859). En dicho informe se propone la creación de juntas locales y estatales de sanidad y de un cuerpo de policía o inspección sanitaria, así como un conjunto de ideas y lineamientos que, posteriormente, constituyeron las bases de las actividades sanitarias en Estados Unidos [15, 16].

En 1902 el Congreso dio al “Servicio de Hospitales de la Marina”, en reconocimiento de su desarrollo, el nuevo nombre de “Servicio de Salud Pública y Hospitales de Marina”, al mismo tiempo que una organización definida bajo la dirección de un Cirujano General. Éste tenía la atribución de convocar a una conferencia anual de todos los directores estatales y territoriales de salubri-

dad. [15, 16]. Dos experiencias sufridas por los estadounidenses en el tránsito del siglo XIX al XX dieron lugar a la consolidación de la Salud Pública norteamericana como ciencia positiva y como actividad estatal, independiente de la medicina curativa y privada. La primera fue la alta incidencia de la fiebre amarilla en el ejército durante la guerra con Cuba; y, la segunda, los efectos de la anquilostomiasis entre la fuerza laboral del Sur en pleno proceso de su incorporación al desarrollo industrial del Norte. En 1909 se crea la “Comisión para la Erradicación de la Anquilostomiasis”, dirigida por Wickliffe Ross [11].

En 1912, el “Servicio de Salud Pública y Hospitales de Marina” fue reorganizado y encargado de la coordinación y administración de los principales programas federales de salud, ahora con el nombre de “Servicio de Salud Pública de Estados Unidos”. Con la reorganización, el servicio fue autorizado a reforzar la ley de cuarentena, cooperar con Estados y comunidades en el control de las enfermedades comunicables; así como a realizar el estudio y regulación de los problemas derivados de la creciente urbanización, tales como higiene, saneamiento y contaminación del agua [15, 16]. Paralelamente a esas actividades públicas, en 1913 se creó el Departamento de Medicina Tropical de la Escuela de Medicina de Harvard cuya primera tarea, como ya se comentó, fue organizar expediciones científicas de estudio de enfermedades a lo largo de la Costa este de Sudamérica. Marcos Cueto comenta la argumentación de su primer director, Richard Stong, para legitimar el financiamiento y la ubicación académica de la medicina tropical:

Él enfatizó la urgente necesidad de proteger los intereses comerciales y ciudadanos de Estados Unidos durante un período en que se incrementaban los contactos con los trópicos. La construcción del Canal de Panamá y el marcado incremento de las relaciones marítimas comerciales reforzaban ese argumento (...) Strong creía que había un mercado profesional creciente para graduados en medicina tropical... [9]

En 1914, debido a las donaciones iniciales y la difusión de los éxitos de sus investigaciones, el departamento fue transformado

en una escuela independiente que llegó a ofertar el grado de Doctor en Medicina Tropical. Los problemas operativos que encontró el “Servicio de Salud Pública de Estados Unidos” para cumplir con sus objetivos, mostraron muy pronto que no se podía confiar su gestión a funcionarios a tiempo parcial ni a los médicos locales. Pero no se disponía de otro tipo de personal para encargarse de dicha gestión, apenas en 1910 la Universidad de Michigan había otorgado el primer grado académico de especialista en Salud Pública, por lo que se propuso la creación de una nueva profesión de funcionarios de Salud Pública a dedicación exclusiva. Como respuesta a esta propuesta, en una reunión de 19 líderes en educación, medicina y salud pública, organizada por la “Oficina General de Educación de Estados Unidos”, se concluyó en la necesidad de fundar una “Escuela de Salud Pública” de altos estándares, afiliada con una Universidad y una Escuela Médica, organizada como una entidad separada y con un Instituto de Higiene como núcleo. W. Welch y W. Rose fueron encargados de formular un plan para organizar dicha escuela.

Este plan fue presentado en 1916, como parte de un informe que tuvo una gran influencia en el desarrollo de la enseñanza de la Salud Pública en el mundo durante las siguientes décadas. En el plan, la Salud Pública es reconocida como parte de un amplio movimiento social; no obstante este reconocimiento los objetivos fueron planteados, apenas, como la capacitación de médicos y otros profesionales en los principios de la Higiene y de la Medicina Preventiva. Welch y Rose remarcaron que los temas de política social no podían ser ignorados; sin embargo, tales temas fueron omitidos en el currículo recomendado. En realidad se había optado, a pesar de la protesta de Winslow, por una orientación positivista basada en la ingeniería sanitaria y en la Bacteriología, postergando las tendencias que valoraban la reforma social, los componentes políticos y las ciencias sociales. La Universidad Jhon Hopkins instrumentó, rápidamente, el plan presentado y estableció, en 1916, su “Escuela de Higiene y Salud Pública” que comenzó sus actividades lectivas en 1918, siendo su primer director el Dr. Welch. Lue-

go, se organizaron otras Escuelas de Salud Pública, sobre la base de las recomendaciones Welch-Rose [11, 17, 18].

Después de la creación de la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Jhon Hopkins, la medicina tropical comenzó a ser vista en Estados Unidos como una simple disciplina académica que no tenía méritos para tener un desarrollo institucional independiente porque se superponía con los campos de la bacteriología e inmunología y se relacionaba con problemas, como el pobre saneamiento y la malnutrición, que no estaban restringidos a las zonas tropicales. Además, desde 1915 la Escuela de Medicina Tropical de Harvard había comenzado a tener problemas financieros, en tanto sus operaciones dependían de donaciones privadas. Por último, algunas de sus funciones se duplicaban con las asignadas a otras dependencias de Harvard y sólo había podido enrollar a un pequeño número de estudiantes. Este escaso interés por la especialidad era una consecuencia de que “simplemente los Estados Unidos ya poseía un imperio formal, y porque, de acuerdo a un profesor de salud pública: En muchos países, las posiciones de salud pública son más o menos fichas en el juego político”.

Todos estos problemas determinaron que en 1924 la Escuela de Medicina Tropical se convirtiera en un Departamento de la Escuela de Salud Pública de Harvard; y que, después del retiro de Strong, a fines de la década de los 30, la medicina tropical desapareciera como una separada unidad académica, cuando el Departamento de Medicina Tropical fue fusionado con el Departamento de Patología Comparada de la Escuela Médica de Harvard [9].

Desde sus inicios las actividades oficiales de Salud Pública en Estados Unidos se cumplen en tres niveles: el federal, el estatal y el local. Las legislaturas estatales definen la organización y las responsabilidades sanitarias en cada Estado. Tales leyes difieren, aunque en todas ellas se prevé algún tipo de supervisión de una autoridad federal, así como la existencia de un Departamento Estatal de Salud o su equivalente, a cargo de una variedad de programas y servicios ya sea a través de provisión directa de servicios o por medio de convenios con unidades de salud locales. Es-

tas últimas actúan como unidades gubernamentales en los condados, municipalidades, subdivisiones de condados, distritos escolares y distritos especiales [15, 16].

En América Latina: 1877-1933

Al final de la década de 1870 la controversia sobre el origen y la transmisión de enfermedades infecciosas se había extendido en todo el mundo. Los efectos de la misma, así como el acortamiento de las distancias, provocado por el gran desarrollo del comercio y de los transportes, impulsaron el interés sobre las condiciones de salud que prevalecían en las diferentes partes del mundo. La cooperación internacional para la prevención de las enfermedades transmisibles se convirtió en una materia de gran importancia y en 1851 se dio el primer paso para la creación de una organización internacional de salud, con la apertura de la primera conferencia sanitaria internacional de París.

El objetivo de la conferencia fue eliminar toda innecesaria demora del comercio internacional, con la condición de garantizar la protección de la salud general. Se propusieron regulaciones en el primer intento de un código sanitario internacional. Teniendo cuidado de que ninguna de ellas pudiera ser considerada como una interferencia a la soberanía de cada país. Las propuestas presentadas en ésta y en las posteriores conferencias de París (1859), Constantinopla (1866), Viena (1874) y Washington D. C. (1881) no llegaron a producir ningún resultado práctico. Aún no existían las condiciones epidemiológicas, teóricas y políticas suficientes para alcanzar un consenso internacional al respecto [5].

En la década de 1870, una epidemia de fiebre amarilla se había propagado del Brasil al Paraguay, Uruguay y la Argentina; sólo en Buenos Aires ocasionó más de 15 000 muertes. En 1877 la epidemia llegó a Estados Unidos y produjo 20 000 defunciones. Es sólo en esta situación epidemiológica que el Congreso de los Estados Unidos autorizó al Presidente a convocar la citada “Quinta Conferencia Sanitaria Internacional” (Washington, D. C., 1881),

con el fin de instituir un sistema internacional de notificación sobre la situación sanitaria real en los puertos y lugares... [19].

Es también partir de esa década “cuando comienza a insinuarse, de manera organizada, la influencia norteamericana en el resto del continente... La dependencia cultural, social y científica a los Estados Unidos, reemplaza a las de Inglaterra y Francia, potencias que a su vez usaron el espacio cedido por España y Portugal” [20], y se inicia la institucionalización de esta dependencia en la región mediante el movimiento en pro de la cooperación interamericana. En 1890, la “Primera Conferencia Internacional de los Estados Americanos”, celebrada en Washington D. C., estableció la “Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas” (la actual OEA), con el propósito inicial de recolectar y difundir información que pudiera facilitar el comercio exterior.

Como parte de ese movimiento de cooperación, la “Segunda Conferencia Internacional de los Estados Americanos” (México, octubre 1901-enero 1902), recomendó que la oficina internacional convocara a una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas para formular acuerdos y disposiciones sanitarias y celebrar periódicamente convenciones de salud; asimismo se debería designar una Junta Ejecutiva Permanente, que se llamaría “Oficina Sanitaria Internacional”. La razón de esta iniciativa era la de llegar a establecer, de manera consensual, medidas comunes de cuarentena marítima para minimizar las pérdidas económicas y comerciales derivadas de la aplicación indiscriminada de las mismas [19].

De manera coherente con esas iniciativas mundiales y regionales de facilitar el comercio exterior, desde el año 1880 se habían comenzado a crear, en cada uno de los países latinoamericanos, los Departamentos Nacionales o Direcciones Generales de Higiene o de Sanidad cuyas estructuras respondieron inicialmente a la necesidad de realizar efectivas “campañas sanitarias” contra la fiebre amarilla u otras “enfermedades pestilenciales” en las más importantes ciudades portuarias de la región. Las acciones de estas nuevas dependencias se fundamentaron en los principios de

la “teoría del germen” a los que se sumaron, luego, los de la “teoría del mosquito”. Teorías que habían sido aceptadas y apoyadas en la región por líderes científicos latinoamericanos, como los brasileños Oswaldo Cruz y Carlos Chagas y el cubano Carlos J. Finlay. Como resultados de estos esfuerzos sanitarios la fiebre amarilla desaparecería de focos bien establecidos: Habana (1902), Panamá (1905) y Guayaquil (1913) [20, 21, 22].

La “I Convención Sanitaria Internacional” se realizó en Washington D. C., del 2 al 5 de diciembre de 1902, con la participación de once países, entre los cuales no estaba el Perú. En este evento se creó la “Oficina Sanitaria Internacional” —a partir de 1923, “Oficina Sanitaria Panamericana”— con la finalidad de “asegurar una cooperación eficaz para el fomento de la salud de las Américas”. En la resolución de esta Convención se resuelven cinco puntos, de los cuales el tercero y el cuarto establecen:

Que la Oficina... estará obligada a prestar el mejor auxilio que pueda y toda la experiencia que posea, para contribuir a que se obtenga la mayor protección posible de la salud pública de cada una de las Repúblicas, a fin de que se eliminen las enfermedades y de que se facilite el comercio (...) deberá estimular y ayudar o imponer por todos los medios lícitos a su alcance, el saneamiento de los puertos del mar, incluyendo la introducción de mejoras sanitarias en las bahías, el alcantarillado o sistema de cloacas, el desagüe del suelo, el empedrado, la eliminación de la infección de todos los edificios, así como la destrucción de los mosquitos y otros insectos dañinos [19, 23].

El Perú asistió a la “II Convención Sanitaria”, realizada en la ciudad de Washington D. C., durante el mes de octubre de 1905, teniendo como representante al Dr. Eduardo Laverería. En ella se adoptó la versión española de una Convención “Ad Referéndum” que fijaba las normas a ser cumplidas por los países signatarios de la misma cuando el cólera, la peste o la fiebre amarilla aparecieran en sus territorios [19].

En la “IV Conferencia Sanitaria Internacional” (San José de Costa Rica, diciembre 1909-enero de 1910) se destacó que los nuevos conocimientos sobre la patología y la epidemiología de las enfer-

medades transmisibles revelaban la importancia que para la solución de ese tipo de problema tenía la buena organización de los servicios de salud local. De ahí en adelante el énfasis de estas conferencias pasó paulatinamente de la cuarentena al control activo y la lucha contra los brotes epidémicos, sobre la base de la organización de servicios adecuados de salud y la educación sanitaria de la comunidad. Se pasaron a considerar temas como la legislación sanitaria, el estudio científico de las “enfermedades tropicales”, dándole más importancia a la parasitología y a la anatomía patológica, las investigaciones de laboratorio en “medicina tropical” y patología general [23].

Ya era evidente que el mejor conocimiento sobre las enfermedades transmisibles y el desarrollo de los servicios de salud local eran dos condiciones para el control efectivo de las endemias en los nuevos territorios económicos. Endemias que elevaban los gastos de producción y reducían la productividad de la fuerza de trabajo [24]. En respuesta a estas evidencias económicas y a las recomendaciones técnicas los principales monopolios organizaron fundaciones para prestar apoyo técnico y financiero a las estructuras sanitarias estatales, a las Escuelas de Medicina Tropical y a los Institutos de Investigación Bacteriológica.

Una de las innovaciones más controvertidas del capitalismo norteamericano de comienzos del siglo veinte fue la burocratización de la filantropía. Entre las motivaciones que llevaron a empresarios prominentes como Carnegie, Guggenheim y Rockefeller a crear fundaciones con complicados sistemas de jerarquía y donaciones, estuvieron la búsqueda de prestigio, la defensa de intereses y deseos humanitarios para superar los límites de la caridad que generalmente paliaba problemas pero no los resolvía. Poco después de su creación, algunas de estas fundaciones escogieron América Latina como uno de los escenarios internacionales de sus actividades. Uno de los objetivos de esta expansión fue la difusión de patrones culturales y de trabajo norteamericanos [25].

Del reducido número de empresas que tenía el control de los mercados nacionales latinoamericanos la más notable y represen-

tativa en este período era la “Standard Oil Company”, de John D. Rockefeller. En 1913 se constituyó la “Fundación Rockefeller” (FR), ante la legislatura de Nueva York, como un “organismo de carácter privado para promover el bienestar de la humanidad”. La FR colaboró directamente con los países mediante convenios y fideicomisos creados ex profeso lo cual permitió reproducir y trasladar las experiencias y los resultados de las investigaciones sobre Medicina y Salud Pública realizadas en Estados Unidos. Uno de esos fideicomisos fue la “Junta Internacional de Sanidad” (1913-1928), constituida para ampliar y reproducir el programa estadounidense de salud pública e iniciar campañas para erradicar enfermedades endémicas e infecciosas en las poblaciones rurales de América Latina y África [24].

Entre 1913 y 1940 las actividades de la Fund. Rockefeller en Latinoamérica estuvieron concentrados en el control de enfermedades infecciosas... que interrumpían el comercio internacional y amenazaban a residentes y empresas extranjeras. Este control se caracterizó por el envío de expertos norteamericanos que con la anuencia de los gobiernos, asumían la dirección de las campañas destinadas a combatir epidemias... [de acuerdo al] planteamiento inicial de que sólo campañas dirigidas por expertos extranjeros podían resolver lo que se percibía como el principal problema de la región... [25].

En los subsiguientes años las actividades de los departamentos de Salud de los países latinoamericanos se reorientaron de la corrección de las condiciones insalubres de los puertos al enfrentamiento de los problemas que afectaban a la población asentadas en áreas de producción agrícola. Las primeras campañas de sanidad terrestre tuvieron como propósito el control de la anquilostomiasis y de la malaria en las áreas de producción agroexportadora, debido a que se trataba esencialmente de elevar la productividad de los trabajadores en zonas donde tales daños eran endémicos. Progresivamente, los intereses de los países y, en consecuencia, de la oficina se diversificaron:

Según el informe anual del Director para 1922, las áreas de responsabilidad se limitaban a la ingeniería sanitaria, las conferencias de instrucción médica, la vacunación contra la viruela, los materiales de educación sanitaria, la fumigación de embarcaciones y la incineración de desechos sólidos. Además de estos temas regulares, el informe del Director para 1927 advierte las crecientes preocupaciones continentales: adicción a las drogas, enfermedades venéreas, administración sanitaria, tuberculosis, parásitos intestinales, lepra, tracoma, malaria, puericultura, clima y enfermedad e inmigración [26].

En la “v Conferencia Internacional de Estados Americanos” (Santiago de Chile, 1923) se decidió dar a la conferencia el nombre de “Panamericana”, en vez de Internacional, así como modificar el nombre de la Oficina Sanitaria Internacional de manera análoga. Con este nuevo nombre se reunió la “vii Conferencia Sanitaria Panamericana” (La Habana, 1924). Representante del Perú fue Paz Soldán. En esta conferencia el Dr. Long y otros funcionarios norteamericanos presentaron un proyecto de Código Sanitario Panamericano, cuya traducción en español fue aprobada el 14 de noviembre de 1924; el Código reemplazó a la Convención “Ad Referéndum” de 1902. En la “viii Conferencia Sanitaria Panamericana” (Lima, 1927), presidida por el Dr. Paz Soldán, se aprobó una iniciativa de la delegación peruana en la que se recomendaba a los gobiernos, que aún no lo hubieran hecho, la creación de un nuevo Ministerio de Estado “ consagrado exclusivamente a los negocios médico-sociales” [19].

En los inicios de la década de los 30, la influencia de Estados Unidos en el desarrollo de la Salud Pública latinoamericana y la expansión de la Oficina Sanitaria Panamericana en la región eran manifiestas.

Es por intermedio de estas reuniones de Directores Nacionales que se difunden muchas de las concepciones que Estados Unidos deseaban imponer en el campo de la sanidad. Al mismo tiempo, y con los mismos propósitos, se crea la posición de Representante Viajero, en 1929, siendo el primero el Dr. Long, que influye en

el cambio de las organizaciones de salud... El Dr. Long fue quien redactó el Código Sanitario Panamericano... parte de su misión fue la introducción de cambios en la estructura jurídica sanitaria de los países de América Latina [27].

El informe del director de la OPS para 1930-1931 llamó la atención sobre los problemas de la peste, la fiebre amarilla, la malaria, la tuberculosis, la viruela, el sarampión y la tos ferina; así como la tasa creciente de mortalidad por cáncer en la región. La “Segunda Conferencia Panamericana de Directores Generales de Sanidad”, en abril de 1931, consideró una amplia gama de temas: saneamiento urbano y rural, suministro adecuado de agua, control de producción y expendio de leche, notificación de enfermedades transmisibles, enfermedades venéreas, tuberculosis, parásitos intestinales, viruela, malaria, peste, higiene industrial, protección a la maternidad y a la infancia, nutrición, drogas adictivas y oncocercosis [26].

En el inicio de la tercera década del siglo xx, la Oficina Sanitaria Panamericana y la Fundación Rockefeller ya estaban apoyando y asesorando de manera significativa a las organizaciones nacionales de sanidad en América Latina. En opinión de J. C. García:

Funcionalmente, existe a principios de siglo una división de trabajo y, de acuerdo con ella, la Fundación Rockefeller se ocupa de la sanidad terrestre en relación con la anquilostomiasis, malaria, fiebre amarilla, y de la organización de la sanidad local, mientras la Oficina se preocupa, fundamentalmente, de lograr un consenso sobre la sanidad marítima, especialmente sobre la regulación de las cuarentenas... Los directivos del Servicio de Salud Pública y Hospitales de Marina de los Estados Unidos tomaron parte activa en la planeación, creación y dirección de las actividades de la Oficina. Desde su creación, hasta 1936, los directores de la Oficina fueron los Cirujanos Generales del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos... [27].

Para que colaboraran con los expertos extranjeros en el mantenimiento de los programas de control y se encargaran de la gestión de las organizaciones nacionales de salud, la Fundación Rockefeller y, en menor medida, la Kellogs y otras entidades ha-

bían comenzado a otorgar becas para personal profesional latinoamericano que deseara capacitarse en Salud Pública. En la década de los 20 ya existían en América varias escuelas de Salud Pública que habían sido organizadas bajo las concepciones de Higiene y Medicina Preventiva, de acuerdo con las recomendaciones del informe Welch-Rose (1919) ya comentado. Entre ellas, la Escuela de la Universidad Jhon Hopkins de Baltimore (1918), la de Sao Paulo (1921) y la de México (1925), que comenzaron a capacitar los primeros cuadros de especialistas en Salud Pública de América Latina [28].

La asistencia pública en el mundo

En agosto de 1889 se realizó el Congreso Internacional de Beneficencia de París, presidido por el médico francés Teófilo Rousell. Éste abrió el congreso haciendo el balance en ese año de la reforma de la Beneficencia de Francia, entendida por él como un “primer ensayo de la unificación definitiva de los servicios de Beneficencia”. El fundamento de esa reforma “es la creación del Consejo Superior de Asistencia Pública, encargado del examen o estudio previo y la refundición en él de la Higiene y de la Medicina Pública, completando así el perfeccionamiento de este ramo u órgano del Poder Ejecutivo”.

En la primera sesión Monod, director de la Beneficencia de París, trató el tema: “Asistencia Pública en Francia de 1889”. Al respecto, demostró la diferencia entre la limosna y el ahorro social, entre la beneficencia y la obligación social, considerando la intervención del Estado en la asistencia, como “la aplicación de los principios de la justicia al interés social” y al gasto en asistencia como la acumulación de un capital medido en función de la vida humana. Una de las conclusiones del congreso fue: “La Asistencia Pública debe ser obligatoria por la ley, para los indigentes temporal o definitivamente incapaces, físicamente, de proveer a las necesidades de la existencia, a falta de organización ya existente o de otra Asistencia”.

En este foro también se presentaron los avances en otros países en la organización de este tipo de asistencia donde no están incluido solamente las entidades de socorro a los indigentes inválidos y a los niños y viejos; sino también las instituciones de previsión, de trabajo y de crédito para prevenir los efectos de la miseria. La asistencia pública, además de ambulancias civiles establecidas en los barrios, en la que siempre hay un médico de guardia, dispone de escuelas de enfermeros, sociedades de socorros mutuos, salas de asilo y guardiana de niños; además de casas para emigrantes las cuales son financiadas y dirigidas por el gobierno. Por último, con relación a la asistencia en provincias, se destacaron las conclusiones aceptadas por el Consejo Superior de la Asistencia de París: asistencia pública obligatoria que se dará a domicilio y por hospitalización, pero con tendencia de practicarla en domicilio; se le imputará a la colectividad nacional más próxima a la familia: el municipio, la parroquia y el barrio, pero se determinarán los gastos por autorización de sindicatos, como en Alemania, y por la ayuda de una sociedad administradora más elevada, la provincia, el departamento y últimamente el Estado [29].

Las concepciones y las aplicaciones de la Asistencia Pública, vigentes al inicio del siglo xx, se encuentran en la obra *Traité Théorique et Pratique D'Assistance Publique*, publicado en París el año 1900, que tiene como autores a H. Derouin, A. Gory y F. Worms, funcionarios de la Asistencia Pública de Francia. La obra de 1 050 páginas se encuentra en el Museo de la Biblioteca de la Facultad de Medicina de San Fernando y su contenido está estructurada en las seis partes siguientes: (i) "Nociones Generales e históricas", 110 pp.; (ii) "Servicios de Asistencia Comunal", 686 pp.; (iii) "Servicios de asistencia departamentales", 108 pp.; (iv) "Servicios de asistencia médica gratuitos", 54 pp.; (v) "Servicios de asistencia nacional. Establecimientos nacionales de beneficencia", 23 pp. y, finalmente, (vi) "Materias diversas", 40 pp. La segunda de ellas se desagrega en ocho puntos: hospitales y hospicios, oficinas de beneficencia, administración general de la Asistencia Pública, bienes y contribuciones, acciones de servicio público (afectación y

desafectación de bienes, adquisiciones por la vía de la expropiación, arrendamientos, empréstitos, mercado de trabajo y de aprovisionamiento), acciones relativas al dominio (acciones de gestión y de disposición), compatibilidad y de lo contencioso.

Nacimiento del seguro social en el mundo

En la segunda mitad del siglo XIX el proceso capitalista monopólico estaba transformando la vida de las personas en todo el mundo. En Europa, las luchas de los trabajadores contra los empresarios para lograr mejores condiciones de trabajo, así como las movilizaciones de los obreros socialistas, adquirieron mayor frecuencia y violencia. Para tratar de buscar respuestas a sus necesidades más urgentes los obreros sólo podían recurrir a esas luchas y movilizaciones; además de sus débiles organizaciones de defensa mutua. Los sindicatos recién fueron autorizados en Francia, Alemania e Inglaterra a partir de los años 1864, 1869 y 1874, respectivamente.

En esas circunstancias las fracciones radicales de los bloques dominantes empezaron a reconocer la existencia en el proceso productivo de un enorme sobre costo el cual resultaba de la pérdida de fuerza laboral capacitada como consecuencia de las enfermedades ocupacionales, los accidentes y la exposición a riesgo en las industrias. Los partidos liberales en el gobierno, impulsados por esas fracciones, se vieron obligados a aceptar algunos de los cambios que el socialismo y los obreros reclamaban. Entre ellos, los que hicieran posible que todo trabajador estuviese cubierto contra los riesgos de la miseria, la enfermedad, la invalidez y la vejez. Posibilidad que sólo podía brindarle el Estado o un sistema de seguros sociales.

En Inglaterra (1897) y en Francia (1898) se dieron una serie de leyes sobre viviendas obreras, seguros contra la invalidez y el paro, reglamentación del trabajo, protección de niños y mujeres, salubridad de talleres y responsabilidad patronal por accidentes de trabajo. Para sostener este sistema de protección obrera, concebi-

do por los liberales en forma de seguros libres, la ley estimuló la creación de mutuales. El liberalismo, abandonando el principio de *laiser-faire*, llegaba así a preconizar la intervención del Estado en el campo social. La organización del trabajo sobre bases acordes con las condiciones que reclamaban con huelgas violentas los nuevos sindicatos obreros tropezaba con un gran obstáculo: la necesidad de no aumentar los costos de la producción para no dificultar la producción que las tarifas proteccionistas hacían cada vez más difícil. Ello obligó a conferencias internacionales para establecer una legislación internacional del trabajo en 1905 y 1906. El primer acuerdo fue la prohibición del trabajo nocturno para las mujeres.

A finales del siglo XIX, la salud de los trabajadores se estaba convirtiendo en un tema político en algunos países europeos, aunque por razones diferentes. Bismarck, canciller de Alemania, pensó que si el gobierno se hacía cargo de los fondos de enfermedad de los sindicatos se eliminaría una fuente de legitimación de éstos, en un momento cuando los movimientos de los trabajadores socialistas estaban tomando fuerza y, por otro lado, se aumentaría la seguridad económica de los trabajadores. Por lo tanto, entre 1883 y 1889 el gobierno, presidido por Bismarck, creó el primer sistema de “seguro social” ordenado por el Estado. Tal sistema constituyó un ejemplo casi único en su clase durante unos 30 años.

El sistema de seguro social alemán se introdujo en tres etapas: el seguro de enfermedad, en 1883; el seguro de accidentes de trabajo, en 1884, y, finalmente, el seguro de invalidez y vejez en 1889. De esta manera quedaban cubiertos obligatoriamente todos los trabajadores asalariados de la industria. Al crear así el sistema por etapas, confiando la administración del seguro de enfermedad a las cajas de ayuda mutua existentes, la del seguro de accidentes de trabajo a las asociaciones de empleadores y la del régimen de pensiones a las autoridades provinciales, el gobierno alemán logró atenuar la oposición que estas medidas hubieran podido provocar [30]. La popularidad de este modelo de seguro social entre los trabajadores condujo a la adopción de leyes similares en otros

países europeos: Austria (1888), Hungría (1891), Bélgica (1904), Noruega (1909), Suiza (1911) y Gran Bretaña (1911).

Por esos mismos años Rusia había empezado a establecer una red de estaciones médicas y hospitales provinciales bajo el modelo de organización del “Zemstvo”, que integraba en un servicio público gratuito las prestaciones asistenciales y preventivas y que era financiado con ingresos tributarios. Después de la revolución bolchevique, en 1917, Lenin propone cuatro objetivos básicos: (i) la seguridad social que cubra a todos los trabajadores, a los incapacitados, desempleados y necesitados; (ii) la autogestión por los asegurados en todos los centros del seguro; (iii) la financiación de este sistema por las empresas; y (iv) la prestación sanitaria gratuita universal por parte de los servicios públicos a cargo de las administraciones locales y regionales.

Un año después en el Congreso de Departamentos Médico-Sanitarios de 1918 se informa sobre la creación de una “Comisaría de Salud del Pueblo” y se propone: (i) la protección de la salud de los trabajadores como deber del Estado; (ii) la unificación de todos los servicios médicos y su conversión en públicos; (iii) la gratuidad y calidad de las prestaciones dadas por los servicios sanitarios públicos; y (iv) la participación de los obreros en el funcionamiento de la estructura sanitaria pública. Esta propuesta se aplicó con éxito en Rusia, aunque provocó el exilio de buena parte de los médicos; ello obligó a desarrollar programas especiales de formación médica. Posteriormente, la industrialización y planificación quinquenal económica, emprendida desde 1926, desarrollarían la higiene industrial y las estructuras asistenciales específicas para cada rama de la producción; así como las bases de la planificación sanitaria. Éste fue el primer ejemplo de un modelo de sistema de seguridad social completamente centralizado y controlado por el Estado.

La influencia del modelo bismarckiano empezó a difundirse fuera de Europa después de la primera Guerra Mundial. En 1922 el Japón agregó los servicios médicos a las otras prestaciones a las cuales tenían derecho los trabajadores, basándose en su tradi-

ción de paternalismo empresarial [5, 22]. En 1924, Chile fue el primer país latinoamericano en establecer el esquema del seguro social general que incluye la cobertura de enfermedad:

Como no existían los fondos locales de enfermedad, todos los trabajadores estaban asegurados bajo un sistema nacional dependiente del Ministerio de Trabajo. Los familiares no estaban incluidos... A diferencia de Europa, en Chile el dinero del Seguro no se utilizaba para pagar servicios médicos privados; la agencia pública de seguros creó sus propios policlínicos y su propio cuerpo médico. El mercado de pacientes privados era tan pobre en Chile, que los médicos recibían con beneplácito estos nombramientos públicos asalariados... [31].

Perú: de la Guerra del Pacífico al final de la República Oligárquica

Cambios políticos y crisis

La Guerra del Pacífico y el segundo militarismo: 1877-1895

En agosto de 1876 el general Mariano Ignacio Prado inició su gestión como Presidente Constitucional del Perú con el apoyo del ejército y de un sector importante del civilismo. Pero pronto se presentaron disputas entre el Partido Civil y el Partido Nacionalista ya que éste había aglutinado a pradistas, pierolistas y otros grupos anticivilistas. El 16 de noviembre de 1878 fue asesinado don Manuel Pardo en las puertas del Congreso de la República. La muerte del máximo líder civilista representó el momento culminante de un intenso conflicto de dimensiones nacionales entre las fuerzas políticas citadas. Cinco meses después del asesinato de Pardo la crisis política y económica, iniciada en 1874, se agravó el 5 de abril de 1879 con la declaración de guerra por parte de Chile al Perú.

La Guerra del Pacífico tuvo una causa económica: la jurisdicción territorial sobre la zona salitrera. Un Perú profundamente dividido debió defenderse en medio de una crisis económica y política nacional, con un Ejército muy debilitado. Andrés Bello fue uno de los héroes de la resistencia peruana la cual estuvo centrada, básicamente, en la Sierra. La guerra terminó con la derrota peruana y la firma del Tratado de Ancón el 20 de octubre

de 1883. Firmada la paz, los chilenos iniciaron la desocupación gradual del país, que culminó en agosto de 1884. Luego de la partida de los últimos contingentes militares chilenos la desolación y la miseria reinaban en el Perú.

Al retirarse las tropas chilenas del territorio peruano, las fuerzas civiles no se encontraban en condiciones de organizar políticamente el país. El control político del Estado pasó nuevamente a los militares y los gobiernos provinciales que con los terratenientes retenían el dominio local. Al igual que en los primeros años de la República, se sucedieron luchas entre los caudillos militares hasta que Cáceres, héroe indiscutido de la guerra, se impone a los demás. La conducción política de la posguerra tuvo dos fases: la primera muy corta, a cargo del general Miguel Iglesias y sus partidarios, nace y termina dentro de la guerra civil; la segunda, liderada por el general Cáceres, en la cual se logra mantener la paz pública por ocho años, aunque también acabaría en forma violenta. En esta segunda fase el "Partido Constitucional" se constituyó en la columna vertebral del régimen cacerista, agrupando así a las fuerzas políticas sobrevivientes de la guerra (civilistas, demócratas y liberales); además de los núcleos militares urbanos y serranos de la resistencia que, comandados por Cáceres, habían decidido politizarse.

Los "constitucionales" estuvieron en el poder durante los gobiernos de Cáceres (1886-1890), Morales Bermúdez (1890-1893), Borgoño (1893-1894) y, nuevamente, Cáceres (1894-1895) utilizando para ello un modelo cívico-militar. La "pax cacerista" que se estableció en el Perú, entre 1886 y 1894, tuvo tres soportes: la economía exportadora, una compleja y difícil relación entre un Congreso civil y un Ejecutivo militar y, finalmente, un republicanismo autoritario. Esto permitió el inicio de la restauración del principio de la autoridad, el apaciguamiento nacional y la creación de nuevas bases materiales para la reconstrucción de la nación. Además,

El fortalecimiento del positivismo de corte autoritario, que para mediados de la década de 1880 comenzó a desplazar al liberalismo doctrinario, colaboró en proveer el elemento ideológico para

la construcción del régimen político autoritario y unitarista que gobernó al Perú en los años subsiguientes de la guerra [32].

Sin embargo, en la medida de que la reconstrucción económica y política avanzaba en el país comenzaron a surgir las contradicciones y tensiones de un modelo autoritario-constitucional de gran fragilidad. Así después de una corta reactivación económica, entre 1886 y 1890, la situación financiera nacional se deterioró sensiblemente por un declive del volumen y de los precios de los productos exportados y en 1894 se inició una grave crisis política. Nicolás de Piérola, Jefe del Partido Democrático, objeta el triunfo de Cáceres en las elecciones presidenciales de ese año y acelera el desgaste político del héroe de La Breña y de los militares que lo mantenían en el poder. En noviembre del mismo año la inocultable guerra civil entre las fuerzas del gobierno y de la coalición pierolista dio un saldo de 2 000 muertos. En marzo de 1895 las montoneras populares del norte, centro y sur del país, con el apoyo de los terratenientes del sur, llevan al gobierno a Piérola:

Aristocrático y popular, egolátrico y principista, “montonero” y hombre de Estado, conspirador e ideólogo, Piérola actuó durante más de cuarenta años; pero sólo llegó al poder en dos oportunidades muy difíciles: durante la Guerra con Chile (1870-1881) y en la crisis del segundo militarismo (1894-1895)... [33].

En el escenario político nacional de las últimas décadas, el enemigo más fuerte del “Partido Civil” y luego de los “constitucionalistas” había sido Nicolás de Piérola, primero con su discurso de tendencias populistas durante la década de los 70 y, luego, con su “Partido Demócrata”, fundado en 1884, que retomaba el viejo tema del republicanismo democratizante: la ciudadanía como necesidad histórica ineludible. Después de la guerra con Chile actuaban, además, otras fuerzas de menor importancia. Entre éstas estaban la “Unión Nacional” y los restos del “Partido Liberal” [32, 33].

Al decir de Basadre, el partido “Unión Nacional” fue “una fugaz explosión del radicalismo” que acentuó la defensa del individuo y proclamó la urgencia de las transformaciones sociales y tuvo

una vida activa entre 1891 y 1902 [33]. Su líder más representativo fue Manuel González Prada quien, en su célebre discurso en el Teatro Politeama, puso en evidencia la “tiranía del juez de paz, del gobernador y del cura, esa trinidad embrutecedora del indio”. En palabras de Julio Cotler puso de manifiesto:

... la distancia entre el país legal y el país real, en el que las condiciones coloniales de explotación no habían variado, mientras las constituciones y las leyes disponían lo contrario [34].

La “República Aristocrática”: 1896-1919

Para Alberto Flores Galindo la “oligarquía” peruana fue un grupo social numéricamente reducido, compuesto por un conjunto de familias cuyo poder reposaba en la propiedad de la tierra (rasgo imprescindible), las propiedades mineras, el gran comercio de importación-exportación y la banca. Sus miembros tuvieron muy escaso interés —salvo excepciones— por las empresas industriales. Se constituyó como parte de un país dependiente cumpliendo así el papel de nexo entre el país y las metrópolis imperialistas.

Pero sería erróneo pensar en la oligarquía sólo con criterios económicos... la pertenencia a la clase se definía además por el apellido, lazos de parentesco, cierto estilo de vida: en otras palabras, a lo que sería criterios estrictos de “clase” se añadían otros de tipo “estamental”, como rezago y herencia de la colonia [35].

Desde fines del siglo XIX la “oligarquía” y sus aliados establecieron un dominio casi absoluto sobre la sociedad peruana. Este dominio fue ejercido a través de un Estado oligárquico en el cual los agroexportadores, fracción hegemónica en el bloque dominante, se organizan y actúan a través de su partido político: el Partido Civil.

En septiembre de 1895, con el gobierno de Nicolás de Piérola se inició la forma concreta que adquirió la dominación oligárquica en nuestro país, a la que Basadre denominó “República Aristocrática”. Desde ese año y hasta 1919 la fracción agroexportadora

(la “oligarquía” en términos menos estrictos a los utilizados por Flores Galindo) es reconocida en su calidad de dirigente hegemónica por las otras fracciones del bloque oligárquico-civilista. Bloque que acumuló el suficiente poder para hacer del Estado el instrumento político para la defensa de sus intereses. Durante el período 1895-1919 se sucedieron gobernantes que, con excepción de Piérola y Billinghurst, eran destacados miembros del Partido Civil [34, 36].

Durante las dos primeras décadas del siglo xx, con la excepción del gobierno de Billinghurst y en cierta manera del período de Benavides, la oligarquía ejerció directamente el poder político... Uno de los instrumentos que utilizó fue el Partido Civil. Estrictamente no fue un partido político en el sentido moderno y masivo del término; se confundió con un círculo de amigos o con el Club Nacional. Por eso describir sus componentes es describir a la propia oligarquía [35].

La alianza básica de la dominación oligárquica-civilista se estableció entre la fracción agroexportadora, a cargo de la conducción del aparato estatal central, y los terratenientes serranos que seguían ejerciendo el dominio político en las zonas rurales. Esta alianza se sustentaba en la complementariedad de intereses entre la inversión imperialista y la persistencia de relaciones precapitalistas. La alianza garantizaba altos beneficios económicos al capital extranjero y sus aliados agroexportadores; así como la extracción del excedente del campesinado sujeto a las formas semi-serviles de explotación y opresión de los terratenientes serranos. El dominio social que ejerció la oligarquía en el país fue facilitado por la pasividad o debilidad de los otros grupos sociales que estaban en un proceso inicial de reconocimiento de su identidad y de sus propios intereses.

Inicialmente, la alianza del Partido Demócrata de Piérola con el Partido Civil de Pardo presidió los cambios en 1896-1899; soportó sin problemas la oposición parlamentaria del nuevo Partido Liberal y la oposición escrita de la Unión Nacional. Pero, pronto un importante sector de políticos limeños dio comienzo a un sutil

y efectivo proceso de centralización política y de desactivación de los núcleos regionales pierolistas mediante la eliminación de la contribución personal, el debilitamiento de las juntas departamentales y una ley electoral que restringió la participación ciudadana en las elecciones de 1896. Después de 1899 la alianza entre los viejos enemigos civilistas y demócratas se rompió quedando los civilistas con el gobierno que compartieron con los constitucionales quienes reaparecieron en la escena política. La fuerte presencia en el aparato estatal del Partido Civil, junto con la neutralización de su más poderoso rival, el Partido Demócrata, sentó las bases para la monopolización política oligárquica-civilista durante las primeras décadas del siglo xx. El predominio civilista y la eliminación de las tendencias populares, defendidas por los demócratas y los liberales, significó el triunfo de un republicanismo conservador en la “República Aristocrática” [36, 37].

Después de Piérola, que sentó firmemente las bases materiales e institucionales de un nuevo Estado oligárquico, gobernaron sucesivamente: Eduardo López de la Romaña (1899-1903), ex Ministro de Fomento de Piérola; Manuel Candamo (1903-1904), Jefe del Partido Civil, que enfermó y murió en el ejercicio de la Presidencia; José Pardo (1904-1908), hijo del fundador del Partido Civil; finalmente, Augusto B. Leguía (1908-1912), ex Ministro de Economía de Pardo. Esta continuidad del civilismo en el gobierno fue rota temporalmente por Billinghurst quien triunfó en las elecciones presidenciales de 1912, representando a sectores progresistas que exigían “abrir” el Estado, hacerlo más nacional y menos oligárquico.

Las reacciones ante las movilizaciones y motines populares, promovidas desde el gobierno de Billinghurst para dar viabilidad a aquellas exigencias, aunadas a las derivadas por problemas financieros y fiscales, provocaron el golpe de Estado del 4 de febrero de 1914. Los conspiradores civilistas utilizaron al Ejército y al coronel Óscar R. Benavides, Jefe de la Guarnición de Lima, para romper la normalidad constitucional. Los miembros del Parlamento que permanecieron en sus curules eligieron a Benavides como

Presidente Provisional. Éste, con la anuencia de la oligarquía, gobernó durante un año y en 1915 convocó a una Convención de Partidos Políticos, la cual designó a José Pardo para su segunda gestión como Presidente de la República (1915-1919). Basadre comenta estos hechos escribiendo lo siguiente:

... Dominaban sin embargo, los hacendados de la Costa: Pardo Presidente de 1904 a 1908 y de 1914 a 1919, Leguía, sucesor de Pardo, Aspíllaga candidato del primero en 1919 y del segundo en 1912 eran productores de azúcar. Un elemento extraño y heterodoxo no sólo por su origen (capitalismo salitrero de Tarapacá) sino por su génesis demagógica y por su conato de acercamiento a las clases proletarias vino a representar el fugaz gobierno de Billinghurst entre 1912 y 1914. Los políticos profesionales y la clase dirigente unidos con el ejército derrocaron a Billinghurst [33].

Los años de la segunda gestión de José Pardo, 1915-1919, fueron de una creciente polarización social y de un lento deterioro de la alianza pluripartidaria que lo había llevado al poder; así como del agotamiento ideológico del discurso oligárquico-civilista. Además, teniendo como contexto un mundo que cambiaba rápidamente, como consecuencia de la primera Guerra Mundial, la administración de Pardo debió enfrentar, sin éxito, las violentas fluctuaciones económicas internacionales. Al producirse una elevación de un 42% en el precio de los alimentos de primera necesidad, el desborde social y la violencia política se presentan en el escenario nacional. La huelga general por las jornadas de ocho horas, en mayo de 1919, sólo pudo ser levantada con el decreto gubernamental de reconocimiento de dicha jornada. Hacia fines de la gestión Pardo, tanto los intelectuales como las clases medias y laborales fueron tomando distancia de un régimen que se mostraba incapaz de ponerse a tono con las nuevas circunstancias [38].

Durante la “República Aristocrática” las posiciones claves del poder económico y político fueron acaparadas por miembros de las distintas fracciones del bloque dominante. Sin embargo, estas fracciones disputaban enconadamente al interior del bloque por

el predominio de sus particulares intereses. La incipiente industria costeña se hallaba interesada en una reforma agraria que liberase la fuerza de trabajo campesina y contribuyera a ampliar el mercado interno. Los grandes propietarios de la Costa llamaban a luchar contra los improductivos latifundios de la Sierra y, en cambio, eran acusados por los latifundistas precapitalistas de “vender la patria al extranjero” y de imponer un asfixiante centralismo desde Lima. Ciertamente, en contraste con el resto del país, en la capital se concentraban, cada vez más, la industria, la banca, el comercio, la administración pública y otros servicios.

La crisis económica de 1919 (caída de exportaciones) y la crisis política que implica la llegada de la “Patria Nueva”, estarán en el transcurso de una gran sublevación campesina que convulsiona a todo el sur andino [35].

La “Patria Nueva” en el “Oncenio” 1919-1930

Los movimientos populares de la segunda década del siglo xx habían mostrado nitidamente el desgaste ideológico del Partido Civil y el agotamiento del modelo económico de la “República Aristocrática”. La oligarquía-civilista no había querido aminorar la inequitativa distribución de los beneficios generados los cuales permanecían concentrados en la clase propietaria y, en menor medida, en los comerciantes y empleados públicos. La cuestión de fondo en la crisis del civilismo como forma particular de dominación fue la brusca emergencia de sectores populares urbanos que, al adquirir conciencia de su identidad y de sus propios intereses, plantearon demandas económicas y políticas que una estructura oligárquica cerrada y exclusivista era incapaz de asumir y resolver.

El malestar derivado de esta mala distribución de la riqueza fue aprovechado por Augusto B. Leguía quien había estado alejado del Partido Civil y del país desde 1913. En febrero de 1919 Leguía regresó al Perú de Londres para triunfar como candidato en las elecciones presidenciales de este año, con un mensaje anticivilista y enarbolando reivindicaciones populares [39]. Triunfante

en las elecciones se adelantó a tomar el poder el 4 de julio del mismo año, con apoyo de la gendarmería, argumentando rumores de fraude. Luego, para legitimar este golpe de Estado, se derogó la Constitución de 1860 y una Asamblea Nacional discutió y aprobó la que fue promulgada en 1920.

Leguía inició su segunda gestión presidencial con un gran apoyo popular. Sucesivamente reelegido, en 1924 y en 1929, llegó a completar once años ininterrumpidos de gobierno. Jorge Basadre comentó al respecto:

Una ola mesocrática y popular, con precedentes en el caudillaje de Piérola... y en el de Billinghamst... llevó al poder por segunda vez a un hombre muy inteligente, muy audaz y lleno de magnetismo personal... El desplazamiento del grupo tradicionalmente dominante se produjo al conjuro de la sugestión caudillesca de Leguía en 1919... unció a su régimen pedazos o fragmentos de esos partidos (demócrata y constitucionalista) y los niveló con su propio partido democrático reformista, que por lo demás, nunca logró existencia autónoma. En cuanto al partido civil se desintegró... [33].

Durante su gestión, Leguía desplazará temporalmente del dominio político a las élites oligárquica-civilistas.

El mundo de la oligarquía, inmutable y duradero como lo había mitificado la clase dominante, comienza a sufrir cambios significativos cuando Augusto B. Leguía ensaya, bajo el amparo del capital imperialista, un programa de reforma tanto del Estado como del país [35].

Una vez en el poder se inicia lo que Baltazar Caravedo ha llamado el período democrático de Leguía (1919-1922), en el cual busca el apoyo de los nuevos grupos industriales, los sectores medios y populares e impulsa “una demagógica campaña pro indígena y antigamonalista”. El objetivo inmediato y urgente era “destruir los mecanismos de poder que poseía el civilismo para romper así su hegemonía” [40]. En 1920 se aprueba una nueva constitución que reconoce y legaliza la propiedad de las comunidades indígenas e instrumenta una vigorosa política pro indígena. Además, se legi-

timó la jornada de ocho horas, se dio la ley del empleado y se establecen comisiones de arbitraje para resolver los conflictos laborales: “Así, gamonales y oligarcas sienten la agresión de la ‘Patria Nueva’... las turbas urbanas asediaban a los señores” [41]. De esta manera Leguía logra su primer objetivo: desplazar del gobierno y del dominio político a los agroexportadores y a los terratenientes.

Una vez desarticulado el civilismo, se ingresa a lo que el mismo Caravedo denomina la segunda fase (1923-1930) del “Onceño”, la cual estuvo caracterizada por la hegemonía norteamericana y el apoyo abierto de la burguesía industrial. Se produce una masiva intervención de inversiones directas de empresas norteamericanas en la economía nacional y se contrajeron cuantiosos empréstitos que endeudaron el país a los Estados Unidos. En esta nueva situación, Leguía pudo forzar la emergencia política dominante de una nueva burguesía que surgía de la industria, la especulación urbana y el comercio —subordinada al capital norteamericano—, asociando estrechamente al Estado con el capital y el gobierno norteamericano. También tuvo aliados en los sectores medios urbanos conformados por la burocracia estatal y privada. Estas alianzas le permitieron realizar, parcialmente, sus propias ideas de modernización social y política, sin enfrentar una oposición eficaz.

Fue un nuevo sentido de gobierno que no era ya el patriarcal señorial sino de moderno capitalismo financiero. Estimulado este espíritu de empresa por cuantiosos empréstitos... revivió más en grande los fastuosos días de 1870, y a su amparo comenzó a formarse una nueva plutocracia [33].

Pero los conflictos de intereses nunca superados entre las distintas fracciones del nuevo bloque dominante, sumados a sus contradicciones con los sectores medios y populares emergentes fueron creando, sumando y fortaleciendo las resistencias al régimen leguista cuyas autoridades sólo atinaron a endurecer sus medidas represivas. “En las punas de Cuzco y Puno la ‘gran sublevación’ comenzó a ser duramente reprimida. Los ‘eternos’ gamonales seguían ocupando sus curules parlamentarias... recordando a

Leguía el poder del gamonalismo dentro de la 'Patria Nueva'..." En Lima, en mayo de 1923, con motivo de la instauración del Perú bajo la advocación del Sagrado Corazón de Jesús, una manifestación popular es sangrientamente reprimida [41]. Comienzan a aparecer nuevos actores políticos en el escenario nacional, con mensajes ideológicos que generan una nueva correlación de fuerzas favorable a los sectores medios y populares aún reprimidos. Leguía recurrió a todos los medios con la finalidad de poner freno a los nuevos movimientos políticos y evitar el deterioro del apoyo a su régimen, pero fracasó en tal intento.

Leguía acabó rodeado por un grupo de incondicionales que surgían de un extenso proceso de clientelaje basado en las prebendas y corrupción [34].

El *crack* financiero de Wall Street, en 1929, precipitó una crisis económica mundial que tuvo importantes efectos sobre la mayoría de los países latinoamericanos. Marcó, por sus profundos efectos sociales, un punto de inflexión en la historia de estos países. En el caso del Perú precipitó la caída de Leguía y la apertura de una nueva etapa de la República peruana: La demoliberal [36]. Basadre, al comentar la caída de Leguía, dice:

Dos reelecciones obtenidas sin seria lucha,... ayudaron a la hipertrofia del poder presidencial. Todas las instituciones —hasta el Poder Judicial, las Municipalidades, la Universidad, el propio Arzobispado— cayeron bajo la órbita de Leguía. Pero un día este régimen que tan sólido pareciera se derrumbó. Fue por obra de su propia descomposición, de la vejez del caudillo y, en mayor grado, de la depresión mundial que interrumpió los empréstitos, bajó los ingresos públicos y depreció la moneda... [34].

Es en esas terribles circunstancias económicas y políticas que el comandante Luis A. Sánchez Cerro derrocó a Leguía en agosto de 1930. Para ello contó con el apoyo de los terratenientes del sur y luego con "el decidido apoyo de la población, que coincidió con el ingreso masivo de las capas populares en la vida política del país" [42]. La junta de gobierno, presidida por Sánchez Cerro, fue

percibida como el fin de la “odiada tiranía de Leguía”. El Manifiesto de Arequipa recoge, en efecto, una serie de demandas populares muy concretas: la descentralización, la democratización, la moralización y la realización de una Asamblea Constituyente que elabore una nueva Carta Política alternativa a la de 1920, surgida en el “Oncenio” [43, 44]. Producida el golpe de Estado, Leguía se refugia en el buque de guerra “Grau”, luego es tomado prisionero y encerrado en una celda del Panóptico. Allí enferma y muere el 6 de febrero de 1932, a los 69 años, abandonado por sus parientes y amigos.

Desorientación política en una crisis general: 1930-1933

Al caer Leguía, a la crisis económica se sumó la desorientación política. El subperíodo que va desde el derrocamiento de Leguía, 22 de agosto de 1930, hasta la instalación de la junta de Samanez Ocampo, 10 de marzo de 1931, se caracterizó por una extraordinaria inestabilidad política generada por las pugnas entre las fracciones oligárquica-civilistas y los sectores militares asociados a ellas. Se producen constantes y numerosos alzamientos y motines lo cual llevó a la junta de gobierno de Sánchez Cerro a desarrollar una política cada vez más represiva:

Como después de Ayacucho y después de la guerra con Chile nuevamente surgió el militarismo. Representándolo estaba el héroe de la revolución, el Comandante Sánchez Cerro que... creó a su alrededor devociones fanáticas y odios feroces [33].

Hubo en Lima, en menos de 7 meses, 6 movimientos militares de carácter político y la insignia del poder presidencial cambió 5 veces de poseedor (Leguía, Ponce, Sánchez Cerro, Elías, Jiménez) sin contar las horas que estuvo encargada a monseñor Holguín. En el período de un mes (el último del ciclo) se produjeron 6 insurrecciones militares; durante varios días funcionó un gobierno en Lima y otro en el Sur, este último dividido en una junta castrense y una Junta Civil. La amenaza de un desquiciamiento nacional

era evidente [45]. Diversos sectores políticos demandaban elecciones generales. El 1 de marzo de 1931 se ve obligada a renunciar la junta presidida por Sánchez Cerro.

La junta de Samanez Ocampo hace la convocatoria y realiza las elecciones demandadas. El estatuto electoral otorga espacios de acción al APRA y al Partido Socialista. El período preelectoral, de marzo a diciembre de 1931, transcurre en un entorno de creciente polarización. El APRA crece y llega a ser el principal partido de masas del país. El temor a la revolución social lanzó a un sector de las fuerzas oligárquica-civilistas a pactar con el militarismo. La “Unión Revolucionaria” aparece como una aglutinación de fuerzas políticas conservadoras tras la candidatura de Sánchez Cerro, para defender el orden oligárquico. Balbi C. R. define a esta nueva agrupación política como “un partido orgánicamente contrarrevolucionario” y como “la respuesta reaccionaria a la coyuntura” [46]. El proceso electoral se desenvuelve en un ambiente de enfrentamiento de fuerzas políticas polarizadas. El resultado de este proceso lleva a Sánchez Cerro a la Presidencia de la República con 152 140 votos, quedando el APRA como segunda mayoría con 106 088 votos.

El triunfo de Sánchez Cerro en los comicios de octubre de 1931, lejos de restablecer el orden social agudizó la polarización política. El APRA denuncia la existencia de fraude y no acepta los resultados desencadenando en varios lugares del país movimientos de corte insurreccional. El 8 de diciembre de 1931 Sánchez Cerro, en el discurso inaugural de su mandato, dice lo siguiente:

La seguridad del Estado amenazada por el desarrollo de peligrosas ideologías políticas, económicas y sociales; los principios morales en quiebra; el respeto a la ley, a la soberanía nacional considerados como arcaicos... (me comprometo a defenderlo) de todo peligro que amenace su existencia, el orden social o la estabilidad de las instituciones nacionales... [47].

En esfuerzo por resolver la crisis política se instaló, ese mismo mes de diciembre, el “Congreso Constituyente de 1931”, donde tenía amplia mayoría los sanchezceristas y el APRA participa en

minoría. En enero de 1932 el Congreso aprobó una ley de emergencia que permitía al gobierno reprimir sin mayores trámites legales cualquier acto que alterase el orden social vigente. Esta ley representó un elemento decisivo en la represión del movimiento popular y las organizaciones políticas antioligárquicas. En febrero de 1932 se produce la deportación de los parlamentarios apristas [44, 48].

En julio de 1932 se produjo la sublevación aprista en Trujillo, con la muerte de los militares acuartelados en esa ciudad. Al no conseguir respaldo, los sublevados son arrasados por fuerzas del ejército enviadas desde Lima. Estos sangrientos sucesos provocaron una profunda y larga enemistad entre el APRA y el ejército. La derrota militar aprista marcó una alianza entre la oligarquía renovada y el Ejército para controlar los movimientos populares. Carentes de organizaciones políticas propias y eficaces y con un mensaje ideológico agotado, el bloque dominante se vio obligado a convertir al Ejército en el baluarte del sistema social vigente, es decir, del orden oligárquico-civilista [48].

A partir de 1932 los grupos agroexportadores y terratenientes de la Costa central y norte recuperaron su capacidad económica y política imponiéndose a los terratenientes del sur del país. En adelante los primeros podrán cohesionar al Ejército en su torno y enfrentarlo con los movimientos populares, así como orientar la política de acuerdo a sus intereses. Sofocada la insurrección aprista y dispersados sus dirigentes, se endureció la intolerancia oficial contra la oposición y la ofensiva contra los sindicatos. Las organizaciones ligadas al movimiento obrero, particularmente el Partido Comunista y la CGTP fueron afectadas seriamente por la represión. Esta confederación de trabajadores había tenido su primer plenario en 1930, después de la caída de Leguía y en sus dos primeros años de su existencia tuvo que conducir numerosas y violentas huelgas que la debilitaron en extremo: “la represión acabó por desorganizarla en 1932” [49].

Los primeros días de abril de 1933, Sánchez Cerro promulgó la nueva Constitución. Menos de un mes después, el 30 de abril de 1933, el Presidente es asesinado por un militante aprista. El Con-

greso eligió como nuevo Presidente de la República al general Óscar R. Benavides, entonces Jefe de la Defensa Nacional, quien representaba la única garantía de la unidad del ejército.

Cambios económicos y crisis

Economía de guerra y de posguerra: 1877-1895

La crisis económica iniciada en 1874 se agravó con la Guerra del Pacífico. A raíz de la derrota en el conflicto bélico, al cual no fueron ajenos los intereses británicos, la endeble economía peruana colapsó. Las consecuencias de la derrota fueron catastróficas para la economía nacional, entre las principales se deben señalar las siguientes: (i) la pérdida definitiva de las salitreras y de las riquezas de la provincia de Tarapacá y, luego, de Arica; (ii) la ruina de la producción y del comercio peruano por cinco años de bloqueo de sus puertos, así como la ruina fiscal; y, (iii) destrucción de las principales haciendas de la Costa y de los ingenios azucareros ahí establecidos, así como la destrucción de puertos y de obras públicas.

Al empezar la posguerra, la miseria privada y pública era grande. La economía sufría las consecuencias de la depreciación del papel moneda, la emigración en masa de capitales desde 1880 y los tremendos daños causados por la guerra a la agricultura, la ganadería, la minería, la industria y el comercio; así como por la ocupación y las luchas internas entre los caudillos. “El poder volvió a caer como después de la independencia, en manos de los jefes militares, espiritual y orgánicamente inadecuados para dirigir un trabajo de reconstrucción económica” [50]. Aunque pronto la oligarquía comercial y terrateniente recuperó su predominio y colaboró con la reanudación del crecimiento económico bajo el control de la inversión foránea, inglesa y estadounidense principalmente, cuya irrupción en el país fue alentada por las autoridades peruanas para tratar de resolver los graves problemas financieros derivados del endeudamiento externo.

De esa manera, mediante el reconocimiento práctico de la condición dependiente del país, se buscó atraer los capitales requeri-

dos para impulsar la modernización económica. Las medidas más importantes para ello fueron el retiro del papel moneda depreciado (1887-1888) y la firma del Contrato Grace en 1889, después de tres años de tensos debates. En cumplimiento de este controversial contrato, el gobierno debía entregar a banqueros ingleses el control de ferrocarriles nacionales por 66 años, dos millones de hectáreas en la Amazonía, la libre navegación por el lago Titicaca y una cuota de 80 mil libras esterlinas durante 33 años, para cancelar adeudos pendientes y en prenda de nuevas inversiones.

Los ferrocarriles fueron reparados y concluidos por la "Peruvian Corporation", la empresa que organizaron los acreedores. Con el apoyo de la renovada infraestructura ferroviaria, los capitales extranjeros se dirigieron sobre todo hacia la minería, la explotación petrolera, la manufactura textil algodónera y la exportación de algodón y de caña de azúcar. Finalmente, sólo llegó a entregarse unas 450 000 hectáreas de las tierras en la Ceja de la Selva. La falta de mano de obra y de vías de transporte hizo que la propia "Peruvian Corporation" no insistiera en esas tierras, donde comenzó a cultivarse café, azúcar y tabaco. La cuota de 80 mil libras sólo fue cumplida el primer año, lo que llevaría más tarde (durante el "Oncenio" de Leguía) a que las líneas férreas construidas con los antiguos préstamos fueran cedidas a perpetuidad [51].

Desde el inicio de la República, la economía peruana había estado dominada comercial y financieramente por el capital inglés, que desempeñaba en el país fundamentalmente actividades mercantiles, sin penetrar directamente en las productivas. Entre 1869 a 1900 el Perú enviaba guano, salitre y lanas a Gran Bretaña y a cambio recibía principalmente textiles. Este país absorbió, en promedio, el 60% de las exportaciones peruanas. Las que se destinaban a Estados Unidos eran aún insignificantes; en 1877 sólo representaban el 2,3% del volumen total exportado [52]. El modelo cacerista, políticamente autoritario, ayudó a consolidar mediante su política de exoneración tributaria a las exportaciones y del incentivo a las inversiones extranjeras en el país, los cimientos de la nueva economía exportadora que sucedió a la Guerra del Pacífico.

En la reconstrucción y la modernización de la economía, llevadas a cabo por el régimen cacerista, los resultados más importantes en el largo plazo fueron: la mecanización y la capitalización de la industria azucarera durante la década de 1890; así como el fortalecimiento y la expansión del sector minero, con el descubrimiento de nuevos yacimientos de plata y cobre, la implementación de una moderna tecnología (fundición y lixiviación), y la creación de un cuerpo nacional de ingenieros de minas.

De esta manera la reconstrucción de la posguerra fue posible por un cambio sensible en la naturaleza de las inversiones extranjeras que de préstamos al Estado devinieron en colocaciones directas en las áreas más importantes de materias primas, y por la fusión y monopolización interna de los recursos productivos, particularmente tierras y minerales [32].

Los resultados, en el mediano plazo, de esa estrategia y de la política laboral autoritaria no fueron los esperados. Si bien se manifestaron en una reactivación económica que se inició en 1886, ésta se paralizó tempranamente. De 1890 a 1893 la situación económica nacional se deterioró sensiblemente. En 1894 y principios de 1895 reinó en Lima y en otros lugares del país una miseria espantosa. Las limitaciones de concepción y de manejo político económico-financiero, en el corto plazo, del gobierno de Cáceres se presentaron como un impedimento para la continuidad de la reactivación nacional.

Reactivación económica en la “República Aristocrática”: 1896-1919

A partir de 1895 la economía peruana dio inicio a un acelerado proceso de reactivación. La “administración científica”, al decir del segundo civilismo, provocó un incremento de la economía que culminó en su “eclosión” durante el cuatrienio 1899-1903. El movimiento inmobiliario se elevó a cifras sin precedentes, se multiplicaron los bancos, las compañías de seguros y las casas de importación-exportación. La infraestructura ferrocarrilera creció de

1 734 444 km en 1895 a 4 462 225 km en inicios de la década de los 20. El modelo exportador, iniciado durante el régimen cacerista, diversificado posteriormente con nuevos productos agrícolas y mineros de exportación, se consolidó y se constituyó en el motor que dinamizó la economía peruana. En efecto, entre 1898 y 1918 las exportaciones peruanas aumentaron ocho veces debido a un espectacular crecimiento de las del cobre y petróleo, monopolizadas por el capital norteamericano. Comenzó un incipiente desarrollo industrial. La bonanza económica continuó hasta el final de la primera Guerra Mundial, entre 1915 y 1919 las exportaciones crecieron en un 300%; pero, simultáneamente el alza de los precios de los productos de importación provocó un alza significativa del costo de vida de los peruanos [34, 37].

Ese crecimiento económico estuvo íntimamente relacionado con la expansión del capitalismo “imperialista”. Sus empresas que operaban en el país pasaron de las actividades mercantiles a las actividades directamente productivas. El porcentaje de las importaciones procedentes de los Estados Unidos sobre las importaciones totales pasa del 7,1% en 1892 al 29,8% en 1913. Luego, después de la apertura del canal de Panamá, esa cifra porcentual aumenta velozmente alcanzando un valor cercano al 60% en 1919. En lo que se refiere a las exportaciones peruanas se observa un proceso similar, a partir de 1914 se impone definitivamente la supremacía norteamericana en el Perú [52].

Se produce un cambio en el proceso de penetración del capitalismo financiero en el país, que se dinamiza con la aparición del “Cerro de Pasco Mining Corporation”, que de una producción de apenas 275 toneladas de cobre en 1890 alcanza otra de 32 981 toneladas en 1920 y se convierte en el propietario de casi todas las minas de la Sierra central. Flores Galindo al comentar el

imperialismo en el Perú [escribe:] las inversiones norteamericanas, a partir de 1901, se realizarán fundamentalmente a expensas y detrimento de la naciente clase capitalista peruana y desplazando a los inversionistas ingleses. En esta fase comienzan a aparecer las grandes compañías norteamericanas que empiezan a capturar y

monopolizar las áreas productivas vinculadas a las exportaciones. Se establecen también filiales de grandes bancos [2].

Asimismo, al final del siglo XIX y la primera década del siglo XX se asistió a una ola transitoria de prosperidad en la Selva peruana y brasileña, por la demanda internacional del caucho, producto que en esos años sólo se producía en esta región. Pero, este auge terminó abruptamente en 1912 por la caída de la demanda internacional del caucho amazónico en favor de la ofertada por las nuevas plantaciones holandesas, donde la producción era más rentable. Como enfatiza Flores Galindo,

La acción del capital imperialista fue rápida y violenta... Entre 1892 y 1910 el valor de exportación del caucho pasa del 1% al 30% del valor total de las exportaciones peruanas; en 1911 se inicia el declive y al año siguiente prácticamente desaparece [2].

La explotación del caucho causó una emigración de miles de trabajadores, originarios del oriente peruano, hacia el Amazonas del Brasil. Este movimiento emigratorio —se habla de 17 000 personas— duró hasta 1908, para detenerse y, luego, convertirse en una reinmigración a los departamentos de origen, como consecuencia de la liquidación de las compañías caucheras inglesas. Entre los reinmigrantes había casos de lepra infectados en el Brasil, que iniciaron una epidemia de esta enfermedad en la Selva peruana.

Para la extracción del caucho, capitales británicos asociados con agencias comerciales peruanas establecieron en la Amazonía un sistema de explotación salvaje y primitivo, que depredaba recursos y expoliaba a los trabajadores nativos y serranos enganchados. Los abusos y las condiciones de casi esclavitud del trabajo, especialmente en la región ubicada entre los ríos Caquetá y Putumayo, generaron una serie de denuncias que alcanzaron una resonancia internacional. Gracias a este cruel sistema, sin embargo, los empresarios y los comerciantes ubicados en Iquitos hicieron grandes fortunas. Iquitos vivió años de apogeo, de ser un pequeño poblado con funciones de exploración y control de frontera pasó a contar con unos veinte mil habitantes.

El auge del caucho impulsó en la Amazonía un sentimiento de autonomía, que tuvo su clímax con la revolución separatista de Loreto de 1896, movimiento que después de un éxito inicial fue debelado con gran dificultad. El 21 de noviembre de 1898 se aprobó la Ley de Colonización de las Tierras de la Montaña, la cual expresaba cierta preocupación de la oligarquía por lo que sucedía en la región selvática. Años después, en 1921, apareció otro movimiento separatista, dirigido por el capitán G. Contreras quien apresó a las autoridades civiles y llegó a instalar un gobierno provisional en Iquitos. Este intento también fue debelado desde Lima [2, 39].

A partir del año 1918, el final de la primera Guerra Mundial y el reajuste del mercado internacional repercutieron negativamente en la economía peruana. Se produjo una reducción de las exportaciones y, en consecuencia, de las utilidades de los grandes propietarios; reducción que, a su vez, provocó un proceso de desempleo. Además, al descender las exportaciones se paralizaron las importaciones, con un alza de los costos de producción importados, lo que ocasionó una fuerte inflación y exacerbó una fuerte tensión social en todo el país. Es en estas circunstancias tan difíciles que Leguía regresó al país y postuló su candidatura para las elecciones presidenciales de 1919.

Crecimiento en la "Patria Nueva" y su crisis: 1919-1933

Con el afianzamiento del capital foráneo en el sector primario exportador, se constituyó en el país una típica economía de enclave que restringió fuertemente el proceso interno de acumulación al repatriarse la mayoría de las ganancias obtenidas. Este afianzamiento reforzó, además, la dependencia del gobierno peruano "con respecto a los grandes contribuyentes: el capital imperialista y la oligarquía nacional que producía para la exportación". En el caso de la minería, la penetración del capital foráneo y la bonanza exportadora de la primera Guerra Mundial fueron seguidos por una fuerte recesión que expulsó del sector a los pequeños y medianos propietarios de la minas.

La minería peruana quedó prácticamente controlada por una sola compañía de dimensiones inmensas, la Cerro de Pasco Cooper Corporation, compañía que pagaba al fisco la inmensa mayoría de los impuestos sobre las exportaciones. Naturalmente, esta situación contribuyó a que tuviese una influencia decisiva en los asuntos públicos [53].

Flores Galindo comenta que la lucha entre empresarios “nacionales” y extranjeros no fue arbitrada o dirimida por el Estado. Los capitalistas o empresarios nativos necesitaban, al igual que los consignatarios del guano de 1860-1869, su protección.

Pero el Estado de la República Aristocrática (1895-1932), controlado por agroexportadores, terratenientes y comerciantes, se enfeudó al capital extranjero. Primero los británicos y después los norteamericanos, utilizaron a sus “socios” nativos como intermediarios o los incorporaron como burócratas en sus empresas [2].

En la década de los veinte mientras las exportaciones de azúcar, algodón y lana declinan, como consecuencia de una coyuntura de precios bajos e inestables, las exportaciones de cobre y, especialmente, de petróleo se incrementan significativamente. La importancia relativa del petróleo en las exportaciones se elevó, entre 1920 y 1930, del 5% al 30% del total anual.

Lo que significa que los sectores controlados más nítidamente por el capital extranjero se convierten en los sectores más dinámicos de la economía peruana [2, 54].

En síntesis, durante el “Oncenio” se fortaleció la nueva estructura económica del país. Los capitales americanos no solamente capturaron las finanzas del Estado sino que también diversificaron y ampliaron sus actividades dentro de los sectores productivos. La presencia de los capitales extranjeros en la minería, el petróleo, la agricultura azucarera y la industria se volvió hegemónica por un cambio en la estructura de las exportaciones: los productos exportables producidos en los sectores controlados por el capital extranjero adquieren una mayor importancia

así tenemos que entre 1919 y 1929, las exportaciones de minerales crecieron en un 175%, mientras que la exportación de productos agrícolas creció solamente en un 45%. A fines del oncenio, cobre y petróleo aparecen como los principales productos de exportación [41].

En el Perú la crisis mundial de 1929 tuvo efectos especiales debido al carácter vulnerable de su economía y a la profunda dependencia de ésta a los intereses extranjeros. Dicha dependencia había llegado a su punto crítico a fines de la década de los años 20, por el uso exagerado que del crédito externo realizó el Gobierno de Leguía. Durante el "Oncenio" se gastó 77 millones de soles en obras públicas, dinero que provino fundamentalmente de empréstitos colocados en Estados Unidos. El control norteamericano sobre las finanzas del Estado era alarmante: en once años la deuda externa había pasado de 10 a 100 millones de dólares; el 40% de los ingresos fiscales de 1926-1928 había sido financiado por esos préstamos [41]. La caída de los precios de los principales productos de exportación y los efectos iniciales de la crisis mundial fueron los desencadenantes del derrumbe de un leguismo cada vez más totalitario. Las fracciones oligárquica-civilistas desplazadas del Gobierno recurrieron al Ejército para derrocar al líder del "Oncenio".

Entre 1929 y 1932 el valor de las exportaciones de cobre se redujo en 69%; lanas en 50%, algodón en 42% y azúcar en 22%. Las rentas fiscales se desplomaron y el Estado tuvo que reducir sus gastos: el presupuesto nacional, después de haber llegado a un monto de 50 millones de dólares en 1929, descendió hasta los 16 millones de dólares en 1932. El pago de la deuda externa tuvo que ser suspendido. Estas reducciones, la ausencia de nuevas inversiones y la imposibilidad de concertar nuevos empréstitos produjeron en el país una sensible baja de la actividad económica. Los centros laborales redujeron drásticamente el volumen de su mano de obra; la desocupación se hizo alarmante en las ciudades, en Lima alcanzaba al 25% de los trabajadores; el número de los que laboraban en la minería descendió de 32 000 en 1929 a cerca de

14 000 en 1932; los empleados del Gobierno, cuyo número se había multiplicado durante el “Oncenio”, se encontraban impagos. En estas circunstancias, las empresas no se limitaron a reducir la mano de obra, sino que bajaron los salarios e intensificaron la exigencia de una mayor productividad, para compensar la baja de los precios y de la producción. Se produjeron múltiples conflictos y huelgas que tuvieron como origen la rebaja de los salarios [48, 49, 55].

Movilizaciones sociales

Movilizaciones laborales e indígenas: 1877-1919

Por el lado de los trabajadores, en 1878 se reorganizó la “Unión Universal de Artesanos” y en ella se ordenaron las distintas organizaciones gremiales. Después de la Guerra del Pacífico se puso de manifiesto el renacimiento del artesanado urbano nacional con la fundación, el 30 de mayo de 1886, de la “Confederación de Artesanos Unión Universal”. Algunos de los fundadores de la Confederación tenían ideas anarquistas: “Pero la obra de esta entidad no produjo alarmas sociales” [36]. El movimiento socialista estuvo ausente de esas organizaciones y la Confederación asumió una orientación “conservadora o moderadamente reformista” que no tardaría a ser cuestionada por las tendencias radicales [56]. Para 1894, la fuerza gremial de los artesanos se evidenció al formarse la mixta confederada, unida con gremios de hojalateros y obreros, así como el surgimiento de otras organizaciones artesanales en provincias [32].

Desde el inicio del siglo xx la incipiente industrialización en Lima, la expansión minera en la Sierra, la modernización de las haciendas y plantaciones de la Costa comenzaron a establecer contingentes cada vez más importantes de trabajadores asalariados, que muy pronto se organizaron en sindicatos. A partir de 1904 las organizaciones del movimiento obrero aparecen en el escenario político y social, promoviendo huelgas por reivindicaciones salariales. En este año se había formado la Federación de Obreros

Panaderos “La Estrella del Perú”, con un claro tenor anticapitalista. Se forman otras organizaciones más extensas de obreros textiles y de trabajadores portuarios, que bajo la conducción anarquista organizan huelgas exigiendo el aumento de los salarios, la jornada de 8 horas, el seguro contra accidentes y un mejor trato por parte de los empleadores. En la formación de movimientos obreros se dieron dos modalidades: la de los centros extractivos-exportadores y la de los centros urbanos industriales.

En 1904, el Dr. José Matías Manzanilla, con la intención de controlar la creciente movilización laboral, presentó al parlamento un conjunto de proyectos de normas legales que contemplaban la regulación de problemas como los de estabilidad laboral, trabajo femenino y de menores, jornada máxima de trabajo, indemnizaciones por accidentes, etc. Normas que debían ser válidas, de acuerdo a su autor, sólo para los trabajadores de transporte, minería, grandes fábricas y puertos, así como para los obreros agrícolas de las grandes haciendas; es decir, aplicables sólo en las áreas de desarrollo capitalista [36]. En 1876 los artesanos y obreros constituían el 25% de la población capitalina mientras que en 1908 llegaron a más de un tercio de la misma; es decir, alrededor de 40 000 habitantes de Lima pertenecían a las clases trabajadoras [38]. Leguía, durante su primer gobierno, y luego José Pardo insistieron en solicitar al Parlamento, sin éxito, la aprobación de las propuestas de Manzanilla, en vista del incremento de la fuerza de los movimientos obreros y de la creciente protesta campesina en el sur del país.

El 10 de abril de 1911 se efectuó, por vez primera en el país, una huelga general. Ella determinó la cancelación del trabajo nocturno al que estaban obligados los obreros de Vitarte. El mismo año y después de dos graves explosiones en los centros mineros de la Sierra central, que costaron la vida a cerca de 100 trabajadores, el gobierno exigió y logró que el Congreso aprobara la ley de accidentes de trabajo que siete años atrás Manzanilla había propuesto sin éxito. Esos dos hechos, la huelga de Vitarte y la aprobación de la Ley N.º 1378, probaron que las demandas del pueblo

no sólo podían llegar a “los de arriba”, sino que la ciudad capital podía ser movilizada en defensa de los intereses populares.

El método de la “acción directa” aprendida por algunos trabajadores en tiendas anarquistas probó ser eficaz en las luchas obreras del temprano siglo veinte. Aquél fue recreado, nuevamente, durante las “Jornadas Cívicas” que llevaron a Billinghurst al poder [38].

Sin embargo, el gobierno siguió considerando a los problemas laborales como asuntos sólo policíacos. En 1913, por decreto supremo del 24 de enero, se reglamentó las huelgas y se creó la Sección Obrera en las intendencias de la policía de Lima y Callao, dependientes del Ministerio de Gobierno, para la tramitación administrativa de las huelgas y las tareas de información y de registro de las mismas.

En 1914 el enfrentamiento obrero-patronal se endureció aún más, llegando a niveles desconocidos en el país. Al aproximarse las elecciones municipales las sociedades de obreros y de artesanos de auxilios mutuos habían sido ya reemplazados por la Confederación General de Trabajadores. Ésta, que reconocía el antagonismo de clases, perseguía la integración gremial a fin de promover un frente único de trabajadores. La situación de tensión social provocada por las movilizaciones obreras se agudizó con el triunfo de la Revolución Socialista de Rusia [34]. Es en circunstancias tan difíciles, que el presidente José Pardo promulgó el decreto del 15 de enero de 1918, por el cual se reconoció la jornada de trabajo de ocho horas en los talleres del Estado, en sus ferrocarriles, establecimientos agrícolas e industriales y en las obras públicas a cargo del gobierno. El mismo decreto estableció que en las fábricas y empresas privadas o particulares la jornada de labor debía fijarse de mutuo acuerdo, sólo a falta de tal acuerdo se adoptaría el régimen oficial de ocho horas [57]. Este gran triunfo de la lucha obrera no fue seguido en los años siguientes por reivindicaciones laborales exitosas, lo que provocó la crisis y el desplazamiento final, fuera de la dirigencia laboral, del anarcosindicalismo [49].

En otro ámbito las rebeliones indígenas se multiplicaron a partir de 1905, dirigidas contra la expansión de las haciendas laneras a costa de las propiedades comunales. Expansión estimulada por los cambios de los precios de la lana en el mercado mundial. La lucha campesina contra el cerco de las haciendas y el gamonalismo se extendió sobre todo en el Sur. En 1909 se logró la dación de una ley que prohibía a las autoridades gubernamentales exigir trabajo gratuito a los indígenas.

En el mismo año se aprobó que el contrato de “enganche” debía ser pagado en efectivo y que nadie podía ser obligado al trabajo minero. Pero, al igual que en la época colonial, estas disposiciones no tuvieron mayor efecto toda vez que los encargados de hacerlas cumplir eran precisamente los principales usufructuarios del trabajo indígena en condiciones de explotación [35]. Las revueltas indígenas se sucedieron entre 1905 y 1920; éstas fueron generalmente acciones locales y de corta duración, reprimidas pronta y brutalmente, con la ayuda de la gendarmería y el ejército. Una de las más importantes ocurrió en 1915, en Puno, dirigida por “Rumi Maqui”. Su movimiento exigía la devolución de todas las tierras a los indígenas para restaurar el Tahuantisuyo. La problemática indígena comenzó a encontrar un canal de expresión nacional y a establecer una cierta vinculación con el movimiento obrero a través de la llamada “corriente cultural indigenista” [39, 49].

Emergencia de los sectores urbanos medios y populares: 1919-1930

Leguía dispuso, en la primera fase del “Oncenio”, la formalización de varias reformas de carácter social y laboral, con la intención de fortalecer el apoyo que le prestaban, inicialmente, los sectores urbanos medios y populares. Sin embargo, tales reformas no fueron instrumentadas apropiadamente lo cual fue generando progresivamente la decepción y el descontento de esos sectores, que crecían en tamaño y organización alrededor de los grandes centros productivos. En la minería el número de trabajadores crecería de

20 335, en 1914, a 32 321, en 1929; en la industria azucarera, el número de braceros aumentaría de 19 945, en 1912, a 30 151, en 1928 [58]. Asimismo, los sectores medios —comerciantes, pequeños y medianos industriales, profesionales, empleados y estudiantes— se incrementaban de manera significativa [59].

En esa primera fase “populista” del Oncenio se dictó un conjunto de normas referidas a la regulación de las condiciones de trabajo de la fuerza laboral. Entre las normas consideradas positivas por los trabajadores mencionaremos: (i) el D. S. que creó, en el año 1920, la Sección de Trabajo del Ministerio de Fomento, base del futuro Ministerio de Trabajo; (ii) la R. S. de 3 de septiembre de 1920 que autorizó el nombramiento de personeros que realicen las cuentas de los salarios percibidos por los obreros; (iii) el decreto del 20 de enero de 1921, sobre el contrato de trabajo entre obreros y subcontratistas; (iv) la Ley N.º 4239 del 26 de marzo de 1921, modificatoria de la N.º 2851, en lo referente al descanso de mujeres y menores de 18 años en los días sábados; (v) el Decreto del 25 de junio de 1921, de reglamentación de las leyes concernientes al trabajo de las mujeres y niños. Entre las normas consideradas negativas o regresivas por Basadre: (i) el decreto del 12 de mayo de 1920, que considera legales sólo las huelgas pacíficas y aplica el calificativo de sediciosas a las que adquieren el carácter de tumultuosas; así como, (ii) la Ley N.º 4774 del 13 de noviembre de 1923, que autorizó al Ejecutivo para militarizar los servicios de transporte, luz y fuerza motriz a fin de que no se interrumpieran en ningún momento y por ninguna causa [60].

Dentro de la tónica política de su primera fase, de búsqueda de una aparente concertación en el campo laboral, el gobierno de Leguía creó, por D. S. de 28 de abril de 1922, el “Consejo Superior de Trabajo y Previsión Social”, presidido por el Ministro de Fomento y conformado por expertos laborales. El sentido original del decreto se define en su primer considerando: “Que la acción de los Poderes Públicos en los problemas del trabajo y de los de orden social que le son conexos, debe estar encaminado a establecer y garantizar el debido equilibrio entre los intereses del capitalis-

mo y del obrero”. El Consejo fue constituido por personal nombrado con un decreto gubernativo y por los personeros designados por los gremios de obreros y empleados. Su reglamento, aprobado en enero de 1923, establecía como sus principales funciones: “Estudiar los proyectos de ley que sobre cuestiones relativas a la industria y el trabajo, haya acordado el Ejecutivo remitir al Congreso y que tenga a bien someter al conocimiento del Consejo...”. “Mediar a solicitud de algunas de las partes en los conflictos entre industriales y obreros y empleados para solucionarlos conciliatoriamente, así como también para estudiar e insinuar al Ministerio de Fomento la forma de evitar o la manera de poner término al conflicto equitativamente” [61].

Pero, seis años después de creado, en la llamada segunda fase del gobierno de Leguía, el Consejo Superior de Trabajo fue reorganizado por D. S. de 23 de agosto de 1929, reduciendo su nivel e importancia administrativa y ampliando la participación de los miembros vinculados al Ejecutivo. Además, la presidencia del Consejo ya no estaba a cargo del Ministro de Fomento, sino de una persona nombrada por el Ejecutivo. El argumento oficial de este cambio fue el de imprimirle una “orientación eminentemente científica, (y) su labor se desarrolle dentro del carácter consultivo con que fue creado”. Al final del gobierno de Leguía se promulgó la Ley N.º 6871 del 2 de mayo de 1930, que creó en Lima y Callao el Juzgado de Trabajo para las reclamaciones sobre los derechos acordados por las leyes del empleado y para las cuestiones provenientes de accidentes de trabajo. En opinión de Basadre, esta ley fue trascendental [60].

Hacia finales del “Oncenio” se suceden numerosas movilizaciones de obreros y estudiantes impulsadas por nuevas corrientes ideológicas; a ellas se sumaron las de los sectores medios empobrecidos y postergados por los procesos de concentración monopólica. En respuesta a estas movilizaciones el régimen de Leguía se hizo más intolerante y autocrático. En 1928 se vivía en el Perú un clima político social de franca represión. Las distintas manifestaciones de protesta eran violentamente reprimidas por el

gobierno y los líderes de la oposición desterrados u obligados a vivir en la clandestinidad.

Finalmente, Leguía había instrumentado una política que alteró en forma definitiva la estructura económica del país y consolidó su carácter dependiente del capital externo; pero al precio de perder la base de sustentación social con que había iniciado su gobierno y de acelerar la emergencia de fuerzas de oposición totalmente nuevas en el país. Sus planteamientos iniciales de reforma social perdieron su validez, al reprimir de manera cruenta las movilizaciones campesinas y amnistiar a las autoridades que se encargaron de esa represión. Leguía terminó totalmente aislado de las fuerzas sociales que al comienzo de su gestión le habían otorgado su total apoyo [48, 59].

Los dogmas tradicionales de la constitucionalidad más o menos válidos entre 1895 y 1919 fueron rebasados decididamente por el régimen de Leguía en nombre del orden público [33].

Conforme avanzaba el “Oncenio”, los sectores medios y obreros afectados por los grandes cambios económicos buscaron caminos y espacios para participar en las decisiones políticas y económicas nacionales. Surgieron así numerosas organizaciones sindicales, políticas y culturales que, de manera casi inevitable, desarrollaron tendencias antiimperialistas y antioligárquicas [42]. El movimiento estudiantil adquiere una presencia política relevante. Es en aquella búsqueda que surgen los primeros partidos políticos inspirados en las nuevas corrientes ideológicas mundiales: el Partido Socialista, que el 20 de mayo de 1930 se transforma en Partido Comunista; y el Partido Aprista Peruano, fundado el 21 de septiembre de 1930, cuatro meses después del derrocamiento de Leguía [59]. La acelerada penetración del capital imperialista en la economía peruana, la absorción y el despojo de medianos y pequeños propietarios, los procesos de proletarización que generaron habían provocado la eclosión de una conciencia nacional en el Perú:

Un movimiento nacional implica la movilización de diversas clases sociales: es un movimiento pluriclasista... explica también su

ambivalencia... su contenido progresista depende en última instancia de la clase que anima la dirección del movimiento. La dirección... fue disputada entre Haya y Mariátegui. Es por eso que el tema central de la polémica terminó siendo la relación entre clase, frente y partido [2].

Paralelamente a las movilizaciones sociales urbanas, en la década del 20 se continuaban produciendo las ya comentadas rebeliones campesinas, especialmente en el sur del país. Rebeliones que si bien no llegaron a trascender el ámbito local, al ser rápidamente reprimidas producirían un relativo debilitamiento de los gamonales serranos y pondrían en la agenda de discusión nacional el problema indígena. Generaron, así, corrientes ideológicas como el indigenismo, que inició en el país el debate sobre el problema agrario y el problema nacional. Esas movilizaciones y la creciente preocupación ideológica sobre el problema indígena incidieron en el reconocimiento legal de las comunidades por la Constitución de 1920 [62, 63]. Sin embargo de este debate, en los últimos años de la "Patria Nueva", se dictó una ley por la que se daba la oportunidad a los propietarios con títulos incompletos o sin ellos para obtenerlos. De esta manera se facilitaba la legalización de la propiedad de las tierras usurpadas a los campesinos por los nuevos latifundistas incorporados a la clientela política leguista. El gamonalismo mantenía inalterada su situación de dominio sobre el campesinado [48].

Luchas populares en una coyuntura de crisis: 1930-1933

La violencia y la tensión social fueron fenómenos cotidianos durante los años de la crisis. Con la inestabilidad política se produjo inicialmente una desatención de los reclamos obreros y luego una represión extrema y sangrienta frente a sus movilizaciones. Se producen las masacres obreras de Mal Paso y Talara. Los trabajadores textiles, mineros, choferes y petroleros generan los movimientos huelguísticos más intensos de la década. Continuaba la disputa por el control político de las movilizaciones obreras donde

se evidencian dos estilos de conducción. Mientras los socialistas, suscritos a la tesis de la lucha de clases, promovían la huelga general, los apristas buscaban la conciliación de clases a través de la negociación y el arbitraje [64].

El frente único y la línea clasista, fomentados por Mariátegui, habían culminado con la creación de la Confederación General de Trabajadores (CGTP), el día 17 de mayo de 1929, que asumió la dirección del movimiento obrero en los años 1930 y 1931, para luego ir perdiendo fuerza hasta ser reemplazados, en 1934, por la “Central Sindical de Trabajadores del Perú” (CSTP), de raigambre aprista. “Frente a las elecciones de 1931, el Partido Comunista Peruano y la CGTP cuestionaron su carácter burgués y se negaron a participar; por el contrario, el Partido Aprista intervino en la contienda y se convirtió en la segunda fuerza electoral del país” [64]. El aprismo acabó representando a la oposición en la Constituyente elegida en 1931.

El proceso electoral de 1931 se desenvuelve en un ambiente de enfrentamiento de fuerzas políticas polarizadas. Tras la candidatura de Sánchez Cerro, la “Unión Revolucionaria” aparece como una aglutinación de las principales fuerzas conservadoras y reaccionarias. El triunfo de Sánchez Cerro en los comicios de octubre de 1931 agudiza la polarización política. El APRA denuncia la existencia de fraude y no acepta los resultados, desencadenando en varios lugares del país movimientos de corte insurreccional. Se amplía la ofensiva reaccionaria: los despidos masivos de las grandes empresas se suceden, igualmente las detenciones, las persecuciones, la prohibición de actos públicos y el cierre de locales. Además, ya no son únicamente los miembros del ejército y la gendarmería los encargados de restablecer el orden oligárquico, la represión de los apristas es también asumida activamente por las bases militantes de la “Unión Revolucionaria”, que adquiere rasgos fascistoides. La base social del sanchecerrismo está constituida por sectores marginales y atrasados de la población urbana que sólo tiene de común la adhesión incondicional al caudillo “cholo”.

Por su parte, en diciembre de 1931 el APRA había interrumpido los movimientos políticos de resistencia al resultado electoral y aceptaba su condición de única expresión orgánica y legal de la oposición en la Constituyente. La lucha parlamentaria pasa a ser temporalmente, para el aprismo, la principal forma de enfrentamiento político. Sin embargo, van a sucederse hechos que agudizan los enfrentamientos que culminan de manera sangrienta con el asesinato de Sánchez Cerro. Entre estos hechos se destacan: se dio la Ley de Emergencia (8 enero 1932), la expulsión de los representantes apristas de la Constituyente (15 febrero 1932), la situación creada con el atentado contra Sánchez Cerro (6 marzo 1932), la rebelión de la marinería (7 de mayo de 1932) y la insurrección de Trujillo (7 julio 1932). Sofocada sangrientamente la insurrección aprista de Trujillo, deportados los parlamentarios apristas y dispersados sus dirigentes, se endureció aún más la intolerancia oficial contra la oposición y la ofensiva contra los sindicatos.

Al final de la crisis la represión había desmantelado a la incipiente estructura sindicalista y reducida a la organización política aprista formal a un grupo partidario marginal. Las organizaciones ligadas al movimiento obrero, particularmente el Partido Comunista y la “Confederación General de los Trabajadores” (CGTP), fueron afectadas seriamente por la represión.

El entorno administrativo

Descentralización y crisis administrativa: 1877-1895

Dentro del marco de la Constitución Política de 1860, el Poder Ejecutivo del gobierno central seguía organizado en cinco ministerios que adoptaban distintas denominaciones. En 1877 eran llamados: Ministerio de Gobierno, Policía y Obras Públicas; Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de Hacienda y Comercio, Ministerio de Guerra y Marina, y Ministerio de Justicia, Culto, Instrucción y Beneficencia.

Los “Concejos Departamentales”, creados por la “Ley Orgánica de Municipalidades” de 1873, como parte de su plan de reforma institucional y hacendaria de Pardo, habían dado inicio al segundo ensayo descentralista en nuestro país. Ensayo que sólo funcionó hasta 1880, cuando fue liquidado por la Guerra del Pacífico. Sus resultados no habían sido satisfactorios, la organización de los servicios propios en las provincias y distritos demoraba, presentando imperfecciones y debilidades en el ejercicio de sus atribuciones. Los departamentos más populosos eran los que menos contribuían con los gastos públicos. La mayor parte de ellos no retribuía siquiera el valor de los servicios prestados, aun sin considerar el de policía que era el más costoso [36]. En opinión de J. C. Mariátegui ya habían fracasados antes de la guerra:

la reforma del 73 aparece como un diseño típico de descentralización centralista. No significó una satisfacción a precisas reivindicaciones del sentimiento regional... reforzaban la artificial división política de la república en departamentos, o sea, en circunscripciones mantenidas en vista de las necesidades del régimen centralista... Estaban destinadas a transferir al gamonalismo regional una parte de las obligaciones del poder central, la enseñanza primaria y secundaria, la administración de justicia, el servicio de gendarmería y guardia civil. Y el gamonalismo regional no tenía en verdad mucho interés en asumir todas sus obligaciones, aparte de no tener aptitud para cumplirlas... [50].

Durante los más de cinco años de ocupación chilena, como consecuencia de la Guerra del Pacífico, las instituciones públicas nacionales habían cesado de funcionar: los tribunales se habían negado a administrar justicia, se cerró la universidad y los colegios, se saqueó la Biblioteca Nacional y la Facultad de Medicina; asimismo el poder gubernamental y militar se fragmentó entre varios centros de mando. En el área rural prevaleció el caos más absoluto. Sólo en 1886, tres años después de la salida de las tropas chilenas de Lima, se pudo restablecer un gobierno suficientemente fuerte bajo el mando de Andrés Avelino Cáceres, héroe de la guerra, para imponer la autoridad en el país y empezar la recuperación del Estado peruano.

El 13 de noviembre de 1886, durante el primer gobierno de Cáceres, se aprobó la “Ley de Descentralización Fiscal” que prescribió la separación de las rentas públicas en dos grandes rubros: el de gastos generales, a cargo de la administración central, y el de gastos para servicios departamentales, a cargo de las “juntas departamentales”. La misma ley señaló que:

como gastos departamentales...: el servicio administrativo del departamento... y sus provincias, el presupuesto del Poder Judicial en primera y segunda instancia, la matrícula primaria en cuanto constituyera déficit de los Consejos Provinciales y Distritales, el sostenimiento de la guardia civil, la conservación y reparación de caminos y puertos departamentales... (...). Con carácter de gastos departamentales facultativos mencionó: el fomento de la instrucción media y de la beneficencia y la construcción de nuevos caminos y puertos y otras obras públicas, siempre dentro del área departamental [65].

Cada junta departamental estaba conformada por un delegado de cada provincia elegido por el concejo provincial y el prefecto del departamento que la presidía. Los presupuestos departamentales bienales, formulados por las juntas, debían ser remitidos, para su revisión, al Ministerio de Hacienda y luego aprobados por el Congreso. Al estar dirigidos por los prefectos, designados por el Ejecutivo, y depender del Congreso para crear nuevos impuestos, las juntas carecieron de la necesaria autonomía. En los años que siguieron se ampliaron las funciones de las juntas; así por la Ley de 24 de octubre de 1893 se excluyó a los prefectos de las juntas, con lo cual se aumentó su autonomía, pero se cortó el enlace entre estos organismos y el Poder Ejecutivo: “El debilitamiento del Estado después de la guerra influyó en todo esto. Fortalecido el Estado a partir de 1896, empezaría desde entonces un debilitamiento de la descentralización fiscal” [33]. La experiencia terminaría en un nuevo fracaso.

Las reales razones para la descentralización fiscal de 1886 han sido comentadas de la siguiente manera:

Las Juntas no fueron creadas para administrar sino para recaudar y para vigilar. La administración continuó centralizada y los presupuestos departamentales se tramitaron junto con el Presupuesto Nacional [36]. De lo que se trataba era de reducir o suprimir la responsabilidad del poder central en el reparto de los fondos disponibles para la educación y la viabilidad. Toda la administración continuaba rígidamente centralizada. A los departamentos no se reconocía más independencia administrativa que la que se podría llamar la autonomía de su pobreza... [50].

Derogada la “Ley Orgánica de Municipalidades” de 1873, se aprobó la nueva “Ley Orgánica de Municipalidades” del 4 de octubre de 1892. En la nueva ley el sufragio directo quedó establecido tanto para los concejos provinciales como para los distritales. Anualmente los concejos provinciales debían elegir: alcalde, teniente alcalde, dos síndicos, un inspector por cada distrito y nueve inspectores con responsabilidades específicas (policía, instrucción primaria, estado civil, mercados, aguas, obras, espectáculos públicos, lugares de detención e higiene).

Una tarea urgente que le correspondió a la administración cacerista fue la de devolver al Ejército la identidad y la legitimidad perdida durante su derrota frente a Chile. Para reorganizar y unificar el Ejército se dictaron una serie de leyes que contemplaron la confección de un nuevo escalafón general, la revisión y reforma de las ordenanzas militares, la reapertura del colegio militar y la profesionalización del oficial y el soldado. La consigna fue la de “culturizar al soldado” [32].

La escasez de recursos fiscales obligó a la restauración de una “contribución personal” de los indígenas, que en el conjunto del país llegó a representar el 50% de los ingresos del presupuesto departamental, mientras que en los departamentos serranos alcanzó el 70%, “demostrándose con ello el sumo retraso de sus actividades mercantiles y productivas... El éxito de la descentralización quedaba pues muy atado al de esta capitación” [51]. En los últimos años del segundo gobierno de Cáceres, como consecuencia de la crisis fiscal, faltaba dinero para pagar a los empleados públicos. Por tal razón se dictó la ley de 23 de agosto de 1894 que

autorizó a las juntas departamentales y a los consejos provinciales suministrar fondos al Poder Ejecutivo con la finalidad de restablecer el orden público y atender los servicios extraordinarios que ello demandara.

Modernización del Estado Oligárquico: 1896-1919

Al iniciarse el gobierno de Piérola la situación de la administración pública, al igual que del resto de las instituciones nacionales, era muy insatisfactoria. En palabras de Basadre:

... El abatimiento y la pobreza imperaban no sólo en los organismos del Estado, sino en la vida misma de la nación... La hacienda pública sin rentas saneadas, sin personal eficiente y sin garantías para las masas tributarias; las obligaciones del fisco, impagas o en el atraso...; la moneda inestable; la burocracia corrompida o inepta o impotente; las prefecturas convertidas en satapías... [36].

Frente a esta situación tan crítica el nuevo gobierno emprendió la tarea de reorganizar el Estado como parte de la necesaria reconstrucción nacional.

En ese sentido la acción del pierolismo consistió en modernizar el Estado, a fin de permitir a la emergente burguesía contar con los medios institucionales necesarios para lograr su inserción periférica en el capitalismo internacional. Esto significó la reorganización del ejército y la entrega de los recursos públicos a los grupos que controlaban la marcha de la producción [34].

El gobierno del Estado, conducido por la oligarquía-civilista, asumió un nuevo e importante papel: el de promotor de la participación del sector privado en la economía peruana. En cumplimiento de este papel, el gobierno dictó normas, creó instituciones y financió obras públicas (edificios, carreteras, pavimentación de calles, alumbrado público, transporte, etc.), destinadas a establecer las infraestructuras legales, administrativa y física requeridas. La creación del "Ministerio de Fomento y Obras Públicas", por ley

del 22 de enero de 1896, fue central en la modernización del Estado Oligárquico.

El nuevo ministerio quedó a cargo de los despachos en las ramas de Obras Públicas, que antes había pertenecido al Ministerio de Gobierno; de Industrias, que había formado parte del Ministerio de Hacienda, y de Beneficencia, extraído del Ministerio de Justicia e Instrucción. Posteriormente, por decreto del 25 de febrero de 1896 se crearon dos direcciones en el ministerio: la de Fomento, a cargo de los Asuntos de Minas, Industrias, Beneficencia e Higiene; y la de Obras Públicas e Irrigación. El primer Ministro de Fomento fue don Eduardo López de la Romaña, quien tres años después fue elegido Presidente de la República. Durante el período 1896-1919, ocuparon el cargo de Ministro de Fomento cuatro médicos, distinguidos profesores de la Facultad de Medicina, los doctores: Francisco Almenara B., David Matto, Manuel C. Barrios y Belisario Sosa.

En el mismo año, 1896, y en razón de la creciente importancia de la agricultura, la minería y, en menor escala, de la industria, Piérola “decretó” la formación de cuatro “organismos gremiales”: la Cámara de Comercio (fundada en 1888), las Sociedades Nacionales de Industrias (1895), de Agricultura (1896) y de Minería (1896) que representaban funcionalmente esos intereses económicos ante el Ministerio de Fomento. Luego, se dictaron nuevos Códigos de Minas (1900) y de Aguas (1902), que fomentaron la seguridad en la inversión minera y favorecieron la agricultura mercantil, respectivamente. También se contrató misiones de técnicos extranjeros que difundieron nuevas técnicas agrícolas y de riego. En 1902 se fundó la Escuela Nacional de Agricultura.

El Estado que constituyó la oligarquía se caracterizó, en primer lugar, por un débil desarrollo de sus aparatos administrativos... Esta es la razón por la cual resulta sobrevalorada la función de los periódicos o de los organismos gremiales... Resulta una consecuencia natural que la burocracia civil sea poco numerosa... [35].

En el umbral del siglo xx la “pax cacerista” y el acelerado, aunque corto, proceso de reactivación económica había permitido un

desarrollo impresionante de la infraestructura productiva de Lima y otros departamentos. Infraestructura que posibilitó el crecimiento económico del país en los siguientes años. En 1895 los limeños fueron testigos de la inauguración de la primera planta generadora de electricidad para abastecer a la industria. En los años siguientes se forman dos empresas eléctricas, cuatro compañías de tranvías, compañías de agua potable y otras que operan en los muelles. En 1900 las compañías de electricidad, gas y tranvías se fusionaron con las Empresas Eléctricas Asociadas.

Así Lima, durante la primera década del siglo xx, fue la única capital latinoamericana que contó con empresas y servicios públicos de propiedad nacional [66].

El gobierno central fortalecido fue recuperando las atribuciones que, en tiempos de pobreza e impotencia, les había delegado a las juntas departamentales. La abolición de la contribución personal fue dictada por el Congreso el 24 de diciembre de 1895, y al no ser substituida por otro impuesto fue muy negativa para los presupuestos departamentales. Además, en el parlamento se inició el debate sobre la eliminación de las juntas. Para ello se argumentaba: “Los servicios públicos que estaban a cargo de las Juntas Departamentales hállanse completamente desatendidos; la instrucción puede decirse que agoniza y apenas da señales de vida en los departamentos; la caridad oficial no se ejerce; la mayor parte de los hospitales tienen que clausurar sus puertas porque no cuentan con recursos y las obras públicas están paralizadas porque no hay un centavo para atenderlas”. Sin embargo, al no poder el nuevo régimen liquidar a las juntas, optó por seguir debilitándolas económicamente. Así por ley del 21 de octubre de 1897 se redujeron las rentas y las funciones de las juntas. Los servicios a ser atendidos por éstas tuvieron que ser reducidos a: “el fomento de la instrucción primaria y media, el de los hospitales del respectivo departamento si las Sociedades de Beneficencia no contaban con fondos suficientes y el de las obras públicas, puentes y caminos de carácter departamental” [36]. Por otro lado, en 1897 se llevaron a cabo, por primera vez en el país, elecciones municipales

de acuerdo con la ley de 1892, aunque la renovación de los concejos en las distintas provincias tuvo que hacerse en diversas fechas.

Por Ley N.º 162 del 6 de diciembre de 1905, promulgada por José Pardo, la instrucción primaria, que había estado a cargo de las municipalidades con resultados deplorables, fue asumida directamente por el gobierno central. Basadre hace notar que en 1905, antes de la ley, funcionaban en el país 1 425 escuelas primarias municipales con un total de 100 000 alumnos; al dejar Pardo el gobierno habían 2 415 escuelas de primaria y 280 de secundaria, con un total de 168 168 alumnos. Por otra parte, el presupuesto del Ministerio de Justicia e Instrucción que en 1904 representaba el 9,63% del total del presupuesto público, llegó en 1907 al 17,24% [36]. Se ha precisado, sin embargo, que esta importante obra educativa sólo benefició a las masas urbanas y no a las rurales.

De acuerdo con información presentada en las Cuentas Nacionales, el monto anual de los egresos fiscales ordinarios efectivos, en soles a precios corrientes, aumentó de manera continua de 12,2 millones en 1899 a 29,9 millones en 1908; luego, siguiendo una tendencia irregular de bajas y alzas, alcanzó un máximo, para el período 1896-1919, de 54,4 millones de soles en 1918.

Burocratismo y Obras Públicas en la “Patria Nueva”: 1919-1930

La Constitución de 1920 puso de manifiesto las nuevas ideas sobre la organización del Estado. Se introducen los principios de centralización de la Administración Pública y de autonomía del Estado. Durante el “Oncenio” la burocracia estatal creció notablemente en todos los campos, entre otras razones, por las necesidades creadas por la política de modernización y de obras públicas que se instrumentó, así como por razones de clientelismo político. Las inversiones públicas destinadas a obras se multiplicaron y el personal de la administración pública creció en un 544% de 1920 a 1931. Las funciones estatales se ampliaron y el presupuesto público se cuadruplicó en los once años. El gasto público efectivo (en millones de soles a precios corrientes) se incrementó de 66,5 en

1919 a 254,0 en 1929, con un máximo de 257,2 en el año 1928 [48, 59, 67].

El aumento del tamaño de la burocracia estatal fue acompañado de cambios cualitativos, como su profesionalización y su creciente centralización, en un intento de recomposición del Estado, tanto en lo que refiere a las funciones básicamente administrativas como en el desarrollo de los aparatos militares. Esto último con el doble propósito de neutralizar al ejército y asegurar los medios de control de la población. En 1919 se había creado el Ministerio de Marina y durante el "Oncenio" se crearon y desarrollaron la Guardia Civil, la Escuela Superior de Guerra Naval, así como la Escuela de Aviación de las Palmas; estas últimas estaban bajo la orientación y dirección de técnicos y oficiales norteamericanos. Leguía estaba convencido de que el éxito de su régimen dependía, además de la entrada de capital financiero, de la incorporación de la tecnología norteamericana. Con este propósito su régimen incorporó a expertos norteamericanos en la Administración Pública para dirigir las actividades educativas, agrícolas y sanitarias [48, 59, 68].

Con los recursos financieros derivados, básicamente, de los empréstitos se emprendió una agresiva política de construcción de costosas obras públicas: carreteras, obras de saneamiento urbano, urbanizaciones, obras de irrigación, etc. La preocupación central que asediaba a Leguía era urbanizar, construir caminos e irrigar tierras eriazas. Se desarrolló la infraestructura ferroviaria, la radiodifusión y las obras portuarias. Todo ello implicó un importante proceso de urbanización, el cual conjuntamente con otros cambios de tipo cultural llevaron a cierta modernización del país. Surgen nuevas fortunas a partir del desarrollo de la industria de la construcción y de la especulación basándose en la compra y venta de terrenos; aumenta la actividad comercial [33, 34]. En palabras de Basadre:

La penetración capitalista realizada en gran escala durante el gobierno de Leguía no tuvo primordialmente un carácter privado (industrias, empresas particulares, etc.), sino fue en gran parte de carácter financiero o con conexión presupuestal... En ella in-

tervino de preferencia el capital yanqui, aparte de algunos contratistas privilegiados nacionales, parientes muy cercanos, relacionados o adeptos al Señor Leguía [45].

Parte de la política vial se cumplió merced a los recursos suministrados por el Estado y gracias a la aplicación de la Ley N.º 4113, del 10 de mayo de 1920. Esta “Ley de Caminos” estableció el servicio obligatorio en toda la República, para la construcción y reparación de los caminos y de sus obras anexas; servicio al que se denominaba conscripción vial”. La forma en que se reglamentó y se aplicó este dispositivo provocó abusos. En la práctica, la conscripción solamente afectó al indígena [60].

Con el objeto de sanear las finanzas públicas, Leguía extendió a 99 años la concesión ferrocarrilera que desde la firma del Contrato Grace gozaba la “Peruvian Corporation”, a cambio de la cancelación de la deuda que el Perú tenía con la empresa. Asimismo, resolvió las diferencias que existían desde 1915 entre el Gobierno del Perú y la “Standart Oil”, con relación a la propiedad y los impuestos que debía pagar la “International Petroleum Company”, filial de esa corporación en el Perú. El acuerdo al que llegó el gobierno de Leguía con dicha corporación satisfacía todos y cada uno de los requerimientos norteamericanos, con lo que su filial logró obtener un “estatus” particular y, por lo tanto, anti-constitucional [48].

En 1920 se da una ley que convierte a las aguas de regadío en propiedad del Estado y a partir de este momento se inicia una política que tiende a mejorar las distribuciones en los valles costeros y aplicar una tributación mayor por el consumo de esas aguas [41]. En 1922 se creó el “Banco de Reserva del Perú”, encargado de regular el sistema crediticio y centralizar la emisión monetaria; y recién se pudo hablar con propiedad de moneda nacional, hasta entonces dicha emisión había estado a cargo —de manera particular— de los enclaves, la banca, las firmas habilitadoras, las haciendas y las minas, restringiendo el intercambio y el crecimiento del mercado interno [48]. Ese mismo año se aprobó la Ley N.º 4598, nueva “Ley de Presupuesto”, que estaría vigente hasta el año 1962 [68].

La banca norteamericana, dueña de gran parte de la enorme deuda contraída por el gobierno, exigió y obtuvo que la administración aduanera y presupuestaria pasara a manos de sus funcionarios para asegurar el control financiero del país y asegurar los reembolsos previstos. Las más importantes obras públicas fueron encomendadas, además, a empresas dependientes de los prestamistas norteamericanos, como la “Foundation Company”. De la misma manera, las grandes obras de saneamiento urbano fueron controladas por una misión norteamericana [48].

Con relación a los gobiernos locales, en 1920 se suspendió la electividad de los cargos municipales. Se decidió que el Ministerio de Gobierno nombrara las juntas de notables, con los alcaldes y regidores. Tuvieron que pasar cuarenta y tres años para que se volviera a elegir de manera democrática a las autoridades de los gobiernos locales. Luego, por Ley N.º 4232 de 14 de marzo de 1921, se suprimió las juntas departamentales, pasando su patrimonio a las municipalidades. Esta centralización administrativa fue seguida, además, de una captura deliberada de todas las instancias del poder de parte de los leguístas. La impunidad resultante promovió, casi inevitablemente, la corrupción administrativa. Basadre comenta:

Extintas las Juntas Departamentales, reducidos los concejos provinciales a juntas nombradas por el Ministerio de Gobierno, absorbidas buena parte de sus rentas por el poder central, intensificadas los trabajos de obras públicas que eran dirigidos desde Lima, hipertrofiada la autoridad del Presidente de la República con el sometimiento del Poder Legislativo y de las demás instituciones del Estado, se produjo un proceso de notable acentuación del centralismo [60].

“Moralización” de la administración pública: 1930-1933

Las primeras medidas gubernamentales durante la coyuntura de crisis respondieron a las demandas populares recogidas por el Manifiesto de Arequipa de 1930. Es así, que se derogó la Ley de Conscripción Vial, se instaló el “Tribunal de Sanción Nacional” para el castigo de las inmoralidades administrativas del leguismo,

se suprimieron los juicios de desahucio, se procedió a la renovación casi total de los directivos de la administración pública, etc. Sin embargo, más allá de estas concesiones inmediatas, el régimen que emergió de la revolución de Arequipa representaba los intereses oligárquicos y éstos fueron los que orientaron, finalmente, su acción gubernamental.

A pesar de la gran inestabilidad política, el Poder Ejecutivo siguió conformado por los siete ministerios que ya existían con Leguía y se realizaron algunos cambios importantes en la gestión de las finanzas públicas y en los mecanismos de control fiscal y financiero nacional. El 5 de diciembre de 1930 se invitó al profesor Kemmerer Edwin, catedrático de las universidades de Princeton y Cornell, experto financiero que había elaborado las leyes orgánicas de los bancos centrales de Bolivia, Chile, Ecuador y Colombia. La misión Kemmerer culminó sus labores en abril de 1931; preparó once propuestas, dos informes y nueve proyectos de ley. La junta de gobierno sólo aprobó tres referidos a la banca: el decreto ley 7126, del 18 de abril de 1931, que ratificó el sol de oro; el decreto ley 7137 que dio lugar, el 28 de abril de 1931, a la creación del “Banco Central de Reserva del Perú”, con el fin de mantener la estabilidad monetaria; y el decreto ley 7159 o “Ley de Bancos”, del 23 de mayo de 1931. El 3 de septiembre de 1931 se declaró oficialmente inaugurado el Banco Central de Reserva del Perú siendo su presidente el Dr. Manuel A. Olaechea y su vicepresidente, don Pedro Beltrán [69].

Posteriormente, mientras se formulaba la Constitución de 1933 se reorganizó la Contraloría General de la República y se crearon los Bancos de Fomento Agrícola, Minero e Industrial. Estos últimos cambios favorecieron a los exportadores [68]. Como consecuencia de la crisis fiscal, el gasto público disminuyó durante estos años. En 1930 los ingresos y egresos públicos efectivos alcanzaron un total de 118,8 y 131,3 millones de soles, respectivamente, con un déficit de 12,5 millones. Luego, los ingresos descendieron a 99,8 en 1931 y a 91,3 millones en 1932; en tanto que los egresos efectivos disminuyeron a 104,8 en 1931 y a 98,6 millones de soles en 1932.

Bases demográficas y normativas de la Salud Pública peruana: 1877-1933

Población y demografía

Censos y empadronamientos

Entre 1876 y 1940 no se contó con un censo general del país. Por ello, sólo se dispone para los años intermedios estimaciones poco confiables sobre el tamaño de la población peruana. Flores Galindo [35] nos informa que en 1906 Alfredo Garland estimó una población de 3 600 000 habitantes, en tanto que Cheesman Salinas calculó 6 000 000 para 1918. Sin embargo, también informa que al empezar el “Oncenio” de Leguía el tamaño de dicha población se estimaba en algo más de 4 000 000.

En cualquier caso era todavía un país poco poblado, si consideramos que su superficie territorial era más de 1 285 000 km². Esta población en su mayoría residía en el área rural, desconocía el español y era quechua o aymara hablante. Sin embargo, esta situación comenzaría a variar desde la década del 20, cuando se inicia el crecimiento urbano de Lima. Las ciudades de Arequipa, Cusco y Trujillo también crecieron, en 1908 contaban con 35 000, 18 500 y 10 000 habitantes, respectivamente. Fuera del área de Lima lo rural seguía predominando sobre lo urbano en el país. Se conocía poco sobre la población selvática y sólo se disponía de datos estimados sobre la natalidad y la mortalidad nacionales.

Entre 1895 y 1930 el Perú es un país en el que se moderniza su estructura demográfica, pero donde apenas se inician las primeras migraciones del campo a la ciudad y la urbanización es aún incipiente. Sigue siendo un país agrario [35].

En 1876 la población de la provincia de Lima apenas superaba los 120 000 habitantes, en los siguientes censos se verificó un crecimiento significativo: 172 927 en 1908; 230 807 en 1920 y 376 097 habitantes en 1931. En 1920 se habían iniciado las migraciones de las provincias a la capital, encabezadas inicialmente por jóvenes procedentes de las capas medias, entre los cuales saldrían muchos de los nuevos intelectuales. Apenas comenzaban las primeras barriadas limeñas, en 1903 se estableció San Francisco de la Tablada de Lurín, mientras que entre 1920 y 1923 se formaron cinco nuevas barriadas entre las cuales se señalan a Matute y Leticia. En 1920 residían cerca de 20 000 extranjeros en Lima; las dos colonias más numerosas eran la japonesa (más de 9 000) y la china (más de 5 000). Migración de grupos asiáticos que fue alentada inicialmente para satisfacer los requerimientos de fuerza de trabajo en los valles de la Costa [35, 39].

Registros y estimaciones de hechos vitales

Al igual que en años anteriores, los gobiernos continuaban tratando de lograr uno de los objetivos de todo Estado moderno: el control de los registros de los hechos vitales y de otros hechos demográficos. Pero, la implantación del Registro Civil seguía tropezando con los tres obstáculos de siempre: la resistencia de la Iglesia, la incapacidad y desidia de los funcionarios civiles y el desconocimiento de la población de las normas gubernamentales al respecto. El episcopado, consciente de su posición de fuerza, acordó en 1902 y confirmó en 1905 que los párrocos llevaran los libros de registros según las reglas del ritual romano; además, recomendó que las partidas fueran cumplimentadas inmediatamente de celebrado el acto. El Estado peruano tuvo que hacer frente a la realidad de los grandes defectos o de la inexistencia, en algunas zo-

nas, del Registro Civil, disponiendo en 1906, sin renunciar a dicha función, que los libros parroquiales tuvieran efectos civiles. A partir de entonces el control sobre el movimiento demográfico fue detentado, conjuntamente, por la Iglesia y el Estado. La información disponible

no dejaba dudas sobre el papel del clero como brazo administrativo del Estado y de la parroquia como oficina gubernamental, funciones que se prolongaron por varias décadas [70].

No obstante la deficiente información disponible era evidente la mayor importancia de determinados problemas de salud, así como la deficiente respuesta a los mismos de parte de las autoridades oficiales. De acuerdo con las estimaciones cuantitativas que dichas autoridades hacían, el Dr. Emilio Coni comentaba en 1901: “Es necesario convenir en el hecho extraño pero verdadero, que la población de Lima se ha mantenido estacionaria alrededor de 100,000 habitantes durante el curso de 36 años... El coeficiente de mortalidad en ese mismo quinquenio (1893-1898) alcanza a 42,8 por mil habitantes, cifra muy superior a la correspondiente a Montevideo (14,11) y a Buenos Aires (20,0 por mil habitantes). Entre las enfermedades infectocontagiosas predominantes, figuran la tuberculosis, paludismo, fiebre tifoidea, difteria, viruela, coqueluche, etc. La tuberculosis representa el 25% del total de defunciones término medio, ocurriendo el mayor número en hospitales... La fiebre tifoidea es endémica y a veces reviste carácter epidémico como sucedió en 1899”.

Coni enumera como condicionantes de esta situación: el creciente deterioro ambiental, la falta de higiene, el alcoholismo, la alta proporción de ilegitimidad en los nacimientos y la ausencia de medios profilácticos para combatir las enfermedades infectocontagiosas, las cuales “acumulaban”, según dichas estimaciones, más del 50% del total de defunciones registradas [71].

Veinticinco años después, en la exposición de motivos de un proyecto de ley de Salubridad Pública presentado por la Comisión de Higiene de la Cámara de Diputados [72, 73], de la cual formaban parte los Drs. Pedro Villanueva y Francisco Graña se hacían

las siguientes apreciaciones sobre la demografía y el estado de salud, alrededor del año de 1925, de la población nacional:

- Importancia de la demografía y su descuido en el Perú: “No hay un solo aspecto de la administración pública, que primordialmente no requiera el conocimiento de la población... Y... es más premioso aún, tratándose de medidas protectoras de la salud pública, ya que la demografía debe ser la guía de toda obra de salubridad y el único juez para apreciar sus resultados. En el Perú, sin embargo... [por la ausencia de un censo desde 1876 y de oficinas permanentes de estadísticas] es el más grave obstáculo con que ha tropezado esta Comisión, para realizar el presente estudio, que ha podido salvar, relativamente, por medio de apreciaciones indirectas y mediante la colaboración de los altos funcionarios de la sanidad pública y militar”.
- Los coeficientes de mortalidad en el ámbito nacional están dentro de los más altos del mundo y las principales causas de muerte son las mismas que en la época colonial y “se han opuesto a un activo crecimiento en toda la época republicana: un grupo de enfermedades, en su gran mayoría evitables”.

Al referirse a los problemas de salud en la región de la Costa se afirma que en las ciudades costeñas los cuadros de mortalidad son semejantes a los de Lima; que en los valles del litoral y comarcas rurales la “endemia malárica agota la población propia y cierra el paso a la de fuera”; y que en las ciudades de la Costa la tuberculosis, las enfermedades infantiles, las infecciones tíficas y la peste son las principales causas de morbimortalidad. En el mismo sentido, destacan para la región de la Sierra “el tifus, la viruela y otras fiebres eruptivas que devoran la población andina”; y para la región de la Selva, sobre la base de la información recogida por una expedición científica en Madre de Dios, afirman que “ejercen predominio cuatro enfermedades: el paludismo, el pián, el parasitismo intestinal y la espundia. Últimamente se han observado algunos casos de lepra”.

- La importancia de los problemas de salud del indígena y su trascendencia económica: “Víctima expiatoria de nuestra deficiente política sanitaria ha sido y continúa siendo nuestra población indígena... la que desde los tiempos de la Colonia... contribuye con sus extraordinarias condiciones de energía a salvar todos los problemas de nuestra nacionalidad. A esta raza debe el Perú su progreso agrícola, minero y ganadero; sin su concurso la política vial en actual desarrollo, no podría prosperar;... en sus manos se encuentran las armas que la nación ha confiado para la defensa nacional. El Congreso, al dictar una ley que vote en el Presupuesto General una crecida suma a salvar a nuestra población indígena de los estragos de las enfermedades, no sólo cumplirá un deber..., sino que va a solucionar grandes problemas económicas y sociales”.

Siete años después del informe de la comisión citada, el Dr. Ego Aguirre ratificaba lo esencial de esas apreciaciones:

Las endemias del país en el año han sido las conocidas. Se ha mostrado más evidente la verruga, porque la obra vial movilizó muchos trabajadores a las zonas verrucógenas, facilitó la morbosidad. El paludismo y las disenterías en la zona litoral, la viruela y el tifus en las mesetas andinas, los males que con la lepra tipifican la patología de la región amazónica emplearon, como otras veces, las actividades de la salubridad [74].

Por otro lado, los escasos datos estadísticos existentes nos informan parcialmente sobre la situación de salud en la ciudad de Lima: la tasa de mortalidad por tuberculosis fue estimada en 4,24 por mil habitantes en 1931; además la tasa de mortalidad infantil registrada se incrementó de una cifra de 157, en 1930, a otra de 192 por mil nacidos vivos, en 1933, debiendo precisar que el Dr. Krumdieck señaló que una epidemia de coqueluche fue la causa de este último aumento [75, 76].

Expresión del creciente deterioro de las condiciones de vida y de salud de la población indígena fue la alta letalidad de la epidemia de malaria en una zona selvática, el valle La Concepción,

ocurrida en el año 1932. Paz Soldán al informar sobre los resultados de su estudio sobre esta epidemia; al respecto escribía:

Los informes indican que en septiembre de 1932 aparecieron los primeros casos... los indios oriundos de las selvas apenas representaban una defunción por 100 atacados, mientras que entre los que proceden de las punas y están al servicio de las haciendas, la mortalidad llega a 40-50%..., que tanto enfermos como fallecidos se cuentan por miles, habiendo calculado el Padre Sarazola 25,000 enfermos y 5,000 muertos... La infección de estas tierras cálidas del Cuzco constituye una peligrosa ampliación del dominio geográfico de la malaria en el Perú. Entre los factores generales que explican la intensidad figuran: aumento de la población y del movimiento migratorio; carencia de elementos médicos, farmacéuticos y sanitarios; y condiciones primitivas de vida de las masas [77].

La política de inmigración

En los años que siguieron a la Guerra del Pacífico existía entre la comunidad académica y la élite peruana una coincidencia prácticamente unánime en señalar a la inmigración como el factor fundamental del progreso, en especial si se trataba de alemanes o ingleses. El proyecto se vio justificado por tesis eugenésicas, más o menos explícitamente, en las obras de J. Francisco Pazos Varela, periodista y político; Hildebrando Fuentes, diputado y autor de un proyecto sobre inmigración en el Congreso del 1891; y, Clemente Palma, cuya tesis de bachiller, aprobada en 1897 por la Universidad de “San Marcos, será comentada, más adelante, al tratar el tema “Proyecto oligárquico-civilista” [78].

En los últimos años del régimen cacerista, en medio de la crisis fiscal, se dictó una nueva Ley de Inmigración (1893) que a diferencia de las leyes anteriores no estaba orientada a resolver el problema de la escasa mano de obra, sino a mejorar la dotación étnica de nuestra población. Definió como inmigrante a los extranjeros de raza blanca que llegaran al país para establecerse en él y a los colonos especialmente contratados. La nueva norma asumía

que el bagaje étnico que predominaba en nuestra población era una de las razones de nuestro fracaso en la Guerra del Pacífico y del atraso nacional. Para atraer a los colonos europeos se estableció que el gobierno pagaría los pasajes por vía marítima a las familias de raza blanca que vinieran a residir en el Perú, costeándoles una semana de alojamiento en Lima y el viaje hacia su lugar de instalación definitiva, donde se les mantendría por tres meses. Se les entregaría tierras y semillas y se les exoneraría de impuestos por cinco años. Se excluyó de estos beneficios a los inmigrantes traídos al Perú en ejecución de la ley autoritativa de 1889 sobre colonización y prolongación del ferrocarril de La Oroya. La nueva ley, sin embargo, no obtuvo los resultados esperados, por el poco atractivo que tenía el Perú para los inmigrantes europeos [51].

Durante la “República Aristocrática” se continuó con la política migratoria iniciada durante el régimen cacerista. El 21 de noviembre de 1898 se promulgó la “Ley de Colonización de Tierras de Montaña”, que establecía las obligaciones de los colonos y los compromisos sanitarios del gobierno en el proceso de ocupación de los nuevos espacios económicos. En el mensaje presidencial de julio de 1907 de José Pardo se informaba:

Con el objeto de iniciar una corriente de inmigración blanca, el Congreso sancionó una partida en el presupuesto estimada al pago de los pasajes de inmigrantes que viniesen al país y se han dictado disposiciones convenientes para su aplicación... Se han dictado las disposiciones que han prevenido ya los graves peligros que pueden traer inmigrantes que no reúnan las condiciones que el país desea [79].

Pero ésta y otras disposiciones destinadas a propiciar la entrada de inmigrantes europeos al país fracasaron y el gran flujo migratorio de Europa hacia América sólo tocó marginalmente al Perú. De manera distinta, la inmigración asiática se incrementó en esos años a pesar de generar resistencia entre la élite peruana. Mientras 12 000 europeos migraron al país entre 1880 y 1930, el número de japoneses que arribó se estimó en 25 000. Al respecto, Paz Soldán se lamentaba este hecho:

No podemos impedirlo. La inmigración asiática al Perú pertenece a la categoría de los hechos fatales. El poder e imperialismo del Japón, y la creciente influencia de la China en los consejos del mundo, nos pone en la imposibilidad de cerrar nuestras fronteras a los hombres amarillos... No está pues en nuestras manos detener el oleaje amarillo. Mas sí podemos encauzar convenientemente esta corriente humana, depurando las condiciones biosociales de los futuros inmigrantes... La repetición con que llegaran al Callao barcos japoneses infectados, indica que la selección sanitaria no se efectúa con el rigor debido. Y es que la inferioridad de la raza amarilla no es inferioridad fatal. La inferioridad de esta raza se debe a sus deplorables características biológicas por causa de su miseria... y por sus vicios y dolencias. Evítese que estos despojos humanos, estos menos valores vengan en la condición de inmigrantes y se habrá dado un paso trascendental en la defensa de la raza nacional. [“Por la defensa de la raza: La ola inmigratoria asiática y su gobierno sanitario”, *El Comercio*, 10 de diciembre de 1919.] [38].

Normas en el marco constitucional de 1860

Hasta el año 1919 siguió vigente la Constitución de 1860. La normatividad sanitaria debía adecuarse, sin embargo, a los avances científico-tecnológicos y a la nueva responsabilidad que el Estado estaba asumiendo en el fomento del capital humano para el mejor desarrollo de las actividades privadas. En razón de ello se promulgaron nuevas normas legales que modificaron la institucionalidad de la Sanidad e incrementaron las posibilidades de su acción efectiva.

Entre 1877 y 1903 las más importantes fueron dos: el “Reglamento General de Sanidad”, elaborado en 1884 y luego promulgado en 1887, que estableció una verdadera ley orgánica de sanidad en el ámbito nacional; además de la nueva “Ley Orgánica de Municipalidades” de 1892, que normó lo relacionado a las atribuciones de los Concejos Provinciales en el campo de la salubridad. Luego, entre 1903 y 1933, la más importante fue la Ley del 6 de noviembre

de 1903 que creó la “Dirección General de Salubridad”, como órgano de línea del Ministerio de Fomento y Obras Públicas.

Reglamento General de Sanidad: 1887

Durante la gestión del general Iglesias, las antiguas normas reglamentarias de las juntas de sanidad, establecidas por Ley de 1826, fueron modificadas por una comisión de la Facultad de Medicina que elaboró un nuevo “Reglamento General de Sanidad”. Reglamento que fue revisado y aprobado el 10 de octubre de 1884 por una comisión nombrada por el Gobierno y que estuvo integrada por los Drs. Casimiro Ulloa, Manuel Barrios y Julio Becerra. En el comentario editorial que al respecto hace, en junio de 1885, la revista *El Monitor Médico* se afirma que: “El régimen sanitario establecido por dicho Reglamento, es análogo al implantado por el último Reglamento de Sanidad de España, nación cuyas ideas y costumbres se asemejan más á las nuestras, desde que procedemos de ella y nuestra emancipación de su dominio apenas cuenta poco más de medio siglo”.

De acuerdo con este reglamento la dirección del Servicio de Sanidad está encomendada a una junta o consejo supremo,

corporación consultiva del Gobierno en todo lo que se refiere a Higiene; pero encargada también de dirigir la ejecución del Servicio, como hemos dicho, teniendo bajo su dependencia a todas las demás corporaciones o Juntas de Sanidad [80].

Después de la caída del régimen de Iglesias, el 2 de diciembre de 1885 el reglamento fue nuevamente revisado y, con las “convenientes modificaciones”, aprobado por la Junta Suprema de Sanidad el 14 de febrero de 1887 y, luego, aprobado y expedido por el nuevo gobierno del general Cáceres, por decreto supremo del 15 de febrero de 1887, refrendado por Félix C. C. Zegarra, Ministro de Justicia, Culto, Instrucción y Beneficencia. Decreto que luego de ser sometido a consideración del Congreso y aprobado por éste, adquirió la fuerza de una ley. Su contenido se estructuró en seis títulos:

- Título I: “De la organización del Servicio de Sanidad”, que incluye cinco capítulos: (i) de la organización del Servicio de Sanidad, (ii) del personal del Servicio, (iii) de la Junta Suprema o Central, (iv) de las Juntas Departamentales y Litorales, y (v) de las Juntas Provinciales o Municipales.
- Título II: “Del Servicio de Sanidad Marítimo”, que agrupa seis capítulos: (i) de las visitas a los buques, (ii) de las patentes, (iii) de las cuarentenas, (iv) de los procedimientos para la práctica de los reconocimientos o visitas y de las cuarentenas, (v) del expurgo y desinfección, y (vi) de los lazaretos.
- Título III: “Del Servicio de la Sanidad Terrestre”, que incluye once capítulos: (i) de los establecimientos industriales, (ii) de los mercados, (iii) de los mataderos, (iv) de los cementerios, (v) del reconocimiento y traslación de cadáveres, (vi) de las obras y edificios públicos y civiles, (vii) de los establecimientos higiénicos municipales, (viii) de las endemias, epidemias y epizootias, (ix) de la vacuna, (x) del ejercicio de las profesiones médicas, y (xi) de la estadística general y demografía médica.
- Títulos IV, V y VI, que trataban de los derechos sanitarios; de los delitos, faltas y penas; y de las disposiciones transitorias, respectivamente [65, 81].

Ley Orgánica de las Municipalidades: 1892

El 8 de octubre de 1892 el Congreso aprobó la nueva “Ley Orgánica de Municipalidades”, siendo Presidente de la Cámara de Senadores, don Manuel Candamo, y de la Cámara de Diputados, don Alejandro Arenas. El 14 de octubre de 1892 la ley fue promulgada por el general R. Morales Bermúdez, Presidente de la República, y refrendada por don Carlos M. Elías, Ministro de Gobierno y Policía. Al tratar sobre las atribuciones de los Concejos Provinciales esta norma establecía en su art. 77º:

Reglamentar, administrar e inspeccionar los servicios de las poblaciones de su jurisdicción relativos a los siguientes ramos: 1º.- Al aseo i la salubridad, pudiendo prescribir con tal objeto las reglas que deben observarse en los establecimientos i domicilios

particulares e impedir la venta de comestibles, licores o medicamentos de mala calidad... 2º.- A la provisión i a la conservación de los manantiales, fuentes o depósitos de agua i a la distribución de éstas, así en la ciudad como en el campo; pero sólo en cuanto sean de uso común (...) 5º.- A los lugares, por su naturaleza, comunales, como mercados, mataderos, abrevaderos, dehesas i pastos; i a los depósitos de policía, cárceles de detenidos i establecimientos de beneficencia, donde no existan sociedades de esta especie (...) 10º.- A cuidar de la conservación i propagación del fluido vacuno (...) 15º.- A expedir los respectivos reglamentos de policía municipal... [65, 81].

En el art. 93º de la misma ley se establecen las atribuciones de los inspectores de higiene y vacuna, entre las principales: “1º.- Visitar las boticas, asociados a un médico, para ver el estado de las drogas i si la persona que las despacha es competente... 2º.- Hacer visitas domiciliarias i de establecimientos públicos y dictar las medidas convenientes para mejorar el estado de higiene y de la salubridad... 3º.- Propagar el fluido vacuno, haciendo que los vacunadores recorran los pueblos de provincia... 4º.- Examinar los comestibles y bebidas destinadas al consumo i dar cuenta al Alcalde de los defectos i abusos que notaren, proponiendo mejoras oportunas”. Por último, en su art. 100º se prescribe que entre los gastos municipales provinciales de forzosa inclusión en el presupuesto están: “7º.- Los que demande el sostenimiento de los hospitales que se costeen con rentas provinciales (...) 13º.- Los de conservación y propagación del fluido vacuno i en general de todos los concernientes a la higiene pública...” [65].

Ley de creación de la Dirección General de Salubridad: 1903

Un hito histórico en la evolución de la administración pública peruana fue la creación, en 1896, del Ministerio de Fomento y Obras Públicas. Este hecho formaba parte importante del plan de reconstrucción nacional diseñado por las nuevas autoridades gubernamentales. Éstas consideraban, además, que el ramo de fomento de

dicho ministerio tenía como ámbito de acción gubernamental todo lo que no fuera

[inmanente] al Gobierno mismo como son la política, la administración de la seguridad y la justicia, exceptuando también los servicios de culto y de instrucción [82].

A partir de esta consideración siete años después crearon una nueva dependencia del Ministerio de Fomento: la “Dirección General de Salubridad”, encargada de los asuntos vinculados con la salubridad y la sanidad, iniciando así una nueva etapa en la salud pública peruana. La ley de creación fue dada en el Congreso el 25 de octubre de 1903; era Presidente del Senado don Ántero Aspíllaga y de la Cámara de Diputados don Nicanor Álvarez Calderón. Luego fue promulgada el 6 de noviembre de 1903 por don Manuel Candamo, Presidente de la República, y refrendada por el Dr. Manuel C. Barrios, Ministro de Fomento.

Las funciones asignadas inicialmente a esa dirección fueron las siguientes: (i) velar por el cumplimiento de la legislación sanitaria vigente, (ii) estudiar y proponer las reformas que juzgue necesarias a fin de mejorar el estado sanitario del país, (iii) organizar un plan de defensa contra la importación de “gérmenes pestilenciales exóticos”, (iv) concertar y dirigir medidas profilácticas para extinguir las enfermedades endémicas y epidémicas que existen en el país, y (v) organizar la estadística demográfica médica [65]. Estas funciones delimitaron el ámbito de acción de la Dirección de Salubridad de tal manera que el control de las sociedades de beneficencias continuó a cargo del Ministerio de Instrucción y las municipalidades conservaron las atribuciones sanitarias que se les había asignado en la ley orgánica de 1892.

Normas en el marco constitucional de 1920

La nueva Constitución Política y la Salud Pública: 1920

En el seno de la asamblea nacional, que había elegido como Presidente Constitucional a Leguía, se aprobó la nueva Constitución

que fue promulgada el 18 de enero de 1920. Lo fundamental de ella, ausentes las polémicas entre liberales y conservadores del siglo anterior, fue la influencia conceptual de las constituciones mexicana y europeas modernas. Se incluyen, así, importantes reformas que se derivaban de ideas sobre política y justicia social que habían adquirido vigencia después de la primera Guerra Mundial. “La emoción social era especialmente interesante en los artículos que reconocían y protegían a las comunidades indígenas” [83].

En su artículo 4º se precisa que el fin del Estado es garantizar la libertad y los derechos de los habitantes y preocuparse por el progreso moral, intelectual, material y económico del país; se introduce el término de “garantías sociales” para referirse a los derechos de la sociedad y de los menores y los trabajadores. El gran teórico y gestor de esta constitución fue el político e intelectual Mariano H. Cornejo, “quien soñaba con establecer en el Perú un sistema parlamentario” [84].

En ella se estableció un período presidencial de cinco años, la renovación integral del Parlamento paralela a la renovación presidencial, los congresos regionales, el reconocimiento a las comunidades indígenas, la imposibilidad de suspender las garantías individuales, etc. Con relación al cuidado de la salud, la constitución señala, por vez primera, la responsabilidad del Estado en el establecimiento de los servicios sanitarios y de asistencia pública; asimismo impone las bases normativas de lo que sería más tarde el Seguro Social. En el Título IV, Garantías Sociales, se prescribe:

Art. 46º La Nación garantiza la libertad de trabajo pudiendo ejercerse libremente todo oficio, industria o profesión que no se oponga a la moral, a la salud ni a la seguridad pública. La ley determinará las profesiones liberales que requieren título..., las condiciones para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo (...) Art. 47º El Estado legislará sobre la organización general y la seguridad del trabajo industrial y sobre las garantías en él de la vida, de la salud y de la higiene. La ley fijará las condiciones máximas del trabajo y los salarios mínimos en relación con la edad, el sexo, la naturaleza de las labores y las condiciones y necesidades de las diversas regiones del país. Es obligatoria la

indemnización de los accidentes del trabajo en las industrias y se hará efectiva en las formas que las leyes determinen (...) Art. 55° El Estado establecerá y fomentará los servicios sanitarios y de asistencia pública, institutos, hospitales, asilos y cuidará de la protección y auxilio de la infancia y de las clases necesitadas (...) Art. 56° El Estado fomentará las instituciones de previsión y de solidaridad social, los establecimientos de ahorro, los seguros y las cooperativas de producción y de consumo que tengan por objeto mejorar las condiciones de las clases populares (...) Art. 57° En circunstancias extraordinarias de necesidad social se podrá dictar leyes o autorizar al Ejecutivo para que adopte providencias tendientes a abaratar los artículos de consumo para la subsistencia, sin que en ningún caso se pueda ordenar la apropiación de bienes sin la debida indemnización (...) Art. 58° El Estado protegerá a la raza indígena y dictará leyes especiales para su desarrollo y cultura en armonía con sus necesidades. La Nación reconoce la existencia legal de las comunidades de indígenas y la ley declarará los derechos que les corresponden [83].

La necesidad de un Código de Salud

Formalmente, la Constitución Política de 1920 siguió vigente hasta el 9 de abril de 1933. Conforme transcurría la década de los 20 se hacían más fuertes las exigencias de los sanitaristas al gobierno para que se aprobara una ley que diera unidad y coherencia a la dispersa legislación que sobre el cuidado de la salud se había acumulado en el Perú. Al respecto, se recordaba que en el año 1917, Abel S. Olaechea había presentado al Parlamento un proyecto de “Ley Orgánica de Sanidad” y que en 1920, Paz Soldán había preparado y propuesto un “Código de Salud”, pero sin éxito en ambos casos.

Carlos Bambarén criticaba a esa falta de unidad y coherencia jurídica afirmando que: “En el Perú todo lo que se refiere a Sanidad, se presenta como algo, que si no es impreciso, está desarticulado, inconexo, huérfano de la acción vinculadora, que asegura la eficacia permite el éxito de la gestión...”; y que en las principales

resoluciones administrativas y legislativas que se han dado en nuestro país

se observa la visión unilateral, el concepto restringido, en muchas ocasiones, los factores circunstanciales que las dieron origen. Era una epidemia que había que combatir, lo que daba motivo a una ordenanza; era una necesidad local, la que hacía formular disposiciones sanitarias; era el propósito de sistematizar la asistencia curativa gratuita, la que dio origen a la Ley Orgánica de Beneficencia, etc. (...) en muchas ocasiones la falta de una Ley de Sanidad fué el principal escollo para el éxito de una campaña, porque los hombres de leyes presentaban cortapisas jurídicas a los arrestos sanitarios de los que estaban encargados de velar por la salud colectiva [85].

En respuesta a esas exigencias y críticas se creó, en diciembre de 1930, el “Consejo Consultivo de Salubridad” y se le encargó la preparación de un Código Sanitario para la mejor armonía y coordinación de los procedimientos conforme a los cuales deben llevarse a cabo los servicios de higiene y sanidad y asistencia social en el territorio de la República. No obstante, al ser reemplazadas las autoridades políticas en abril de 1931, el Consejo no pudo o no consideró conveniente cumplir con el encargo. Al final de la etapa oligárquica de la Sanidad peruana se podía repetir lo que había escrito, años antes, el Dr. Ego Aguirre:

Nada vale que esté escrito en la carta fundamental de la nación que el cuidado de la salud pública corresponde al Estado, si el organismo oficial al que está encargado su cumplimiento carece de poderes y de orientaciones fundamentales. La prédica y los reclamos de los higienistas. No han logrado la dación de una ley sustantiva que norme sus actos [74].

La Constitución Política de 1933 y la Salud

La Constitución Política del Perú de 1933 fue promulgada el 9 de abril de 1933 y rigió formalmente hasta 1980. Tuvo un acento parlamentarista y descentralista; creó los consejos departamenta-

les y el senado funcional; proscribió a los partidos internacionales y reconoció a las comunidades indígenas.

Fue una Constitución demoliberal, con cierto predominio parlamentario, y destinada a evitar el entronizamiento de otra dictadura similar a la de Leguía, recortando los poderes presidenciales [84].

Con relación a los temas vinculados con la sanidad y la beneficencia, en la nueva constitución se prescribe, en su Capítulo I, Garantías Nacionales y Sociales II, lo siguiente:

Art. 42º El Estado garantiza la libertad de trabajo. Puede ejercerse libremente toda profesión, industria u oficio que no se oponga a la moral, a la salud ni a la seguridad pública (...) Art. 46º El Estado legislará sobre... las seguridades del trabajo industrial, y sobre las garantías en él de la vida, la salud y la higiene. La ley fijará las condiciones máximas del trabajo, la indemnización por tiempo de servicios prestados y por accidentes, así como los salarios mínimos en relación con la edad, el sexo, la naturaleza de las labores y las condiciones y necesidades de las diversas regiones del país (...) Art. 48º La ley establecerá un régimen de previsión de las consecuencias económicas de la desocupación, edad, enfermedad, invalidez y muerte; y fomentará las instituciones de solidaridad social, los establecimientos de ahorros y de seguros, y las cooperativas (...) Art. 49º En circunstancias extraordinarias de necesidad social, se puede dictar leyes o autorizar al Ejecutivo para que adopte providencias tendientes a abaratar las subsistencias (...) Art. 50º El Estado tiene a su cargo la sanidad pública y cuida de la salud privada, dictando las leyes de control higiénico y sanitario que sean necesarias, así como las que favorezca el perfeccionamiento físico, moral y social de la población (...) Art. 52º Es deber primordial del Estado la defensa de la salud física, mental y social de la infancia. El Estado defiende el derecho del niño a la vida del hogar, a la educación, a la orientación vocacional, y a la amplia asistencia cuando se halla en situación de abandono, de enfermedad o de desgracia... [83].

Sobre el art. 52º de la Constitución de 1933, Ugarte del Pino comenta: “El jueves 15 de septiembre de 1932, según consta en la

página 3,600 del Diario de Debates... se dio lectura a una solicitud enviada al Congreso Constituyente por el Rotary Club de Lima, recomendando que se incorporara a la Carta Política un artículo disponiendo que la asistencia y cuidado del niño era deber primordial del Estado. El autor de esta iniciativa fue el distinguido profesor sanmarquino: Dr. Dn. Carlos Bambarén...”.

Organización del Servicio de Sanidad: Perú, 1877-1903

Estructura del Servicio General de Sanidad

Antes de 1887, seguía formalmente vigente la organización sanitaria en las juntas de sanidad establecidas en 1826, entre las que se distinguía una junta Suprema que funcionaba como un cuerpo colegiado fundamentalmente consultivo. Las críticas a las limitaciones de este tipo de organización colegiada y consultiva ya han sido comentadas en el capítulo anterior. A inicios de 1886, el Dr. Ernesto Odriozola, posteriormente Decano de la Facultad de Medicina, reiteraba algunas de dichas críticas:

... la llamada "Junta Suprema de Sanidad" con sus dependencias casi siempre en receso, sólo da señales de vida cuando alguna epidemia amenaza a la capital, y entonces toda su influencia, todas las medidas dictadas, tropiezan con innumerables resistencias o dificultades nacidas de la falta de conveniente organización... mientras tanto, en nuestra capital, mueren 35 a 40 por mil cada año, cifra enorme que demuestra el desamparo absoluto en que vivimos a este respecto. No quiero... trazar el lastimero cuadro que ofrece el resto de nuestra República que yace, en este punto de vista, en el más completo abandono, pues, todos sabemos que cuando alguna epidemia estalla, por desgracia, en algunos de los apartados departamentos, se envía a un médico para que combata su desarrollo, quien llega algunas veces al lugar de su destino cuando ya la enfermedad ha hecho todo el daño posi-

ble..., allá la cifra de mortalidad no puede calcularse y asunto tan grave no nos preocupa en menor, por esa fatalísima tendencia centralizadora en todo orden de cosas, que hace de la capital el Perú entero... [86, 87].

Tratando de dar respuesta a esas limitaciones, el reglamento general diseñó el nuevo *Servicio de Sanidad* como una gran red nacional que funcionaba con una junta suprema o central que no sólo era la corporación superior consultiva del gobierno en el ramo de sanidad, sino que también estaba encargada de dirigir los servicios sanitarios terrestres y marítimos, para lo cual tenía bajo su dependencia a las juntas departamentales y municipales. El “Servicio de Sanidad” estaba pensado, en consecuencia, como una totalidad conformada por el “Servicio de Sanidad Marítima” y el “Servicio de Sanidad Terrestre”, cada uno de ellos con organización y personal propios. Totalidad en la que se distinguían tres niveles: el general, el departamental y el provincial o municipal.

El “Servicio General de Sanidad” estaba a cargo de la “Junta Central o Suprema de Sanidad”. La junta era presidida por el ministro del ramo de beneficencia y conformada; además, por otros 18 miembros que ocupaban cargos “concejiles i honoríficos”. Entre los principales estaban el Prefecto de Lima, el Decano de la Facultad de Medicina, el Director de la Beneficencia de Lima, el Jefe de la Sección de Marina del Ministerio del ramo, el Prior del Consulado, el Alcalde Municipal de Lima; los catedráticos de Higiene, de Medicina Legal y de Farmacia de la Universidad San Marcos, el Director General del Ministerio de Beneficencia, quien actuaba como secretario de la junta, y otros.

Las principales funciones de la junta central fueron:

1ª.- Vigilar el cumplimiento de todas las leyes y Reglamentos de Sanidad y de las leyes en general, en cuanto se relacionen con la Higiene Pública. (...) 2ª.- Vigilar, igualmente, el cumplimiento de las funciones respectivas de cada una de las Juntas Sanitarias Departamentales y Municipales. (...) 3ª.- Perseguir las omisiones y transgresiones que puedan constituir delitos sanitarios... (...) 5ª.- Nombrar los médicos titulares de las provincias litorales, con aprobación del Gobierno y a propuesta, en terna, de la

Facultad de Medicina de Lima. (...) 6ª.- Dictar todas las medidas higiénicas convenientes para impedir la invasión o desarrollo de las epidemias... (...) 7ª.- Aprobar los Reglamentos de las Juntas Departamentales y Municipales, y los de la policía médica expedidas por ellas. (...) 8ª.- Recaudar los fondos que le corresponden provenientes de los impuestos de Sanidad y darles la inversión determinada por el Reglamento. (...) 9ª.- Formar y someter a la aprobación del Supremo Gobierno todos los proyectos de reformas higiénicas y de policía médica que repute conveniente... (...) 11ª.- Elevar anualmente al Gobierno un informe sobre el Servicio de Sanidad de toda la República durante el año [64].

El órgano consultivo de la Junta Central era la Facultad de Medicina de la Universidad de Lima.

Servicios departamentales y municipales

Los “Servicios Departamentales de Sanidad” estaban a cargo de las “Juntas Sanitarias Departamentales” correspondientes. Bajo la dependencia de la Junta Central, estas juntas de menor nivel administrativo estaban encargadas de la ejecución y vigilancia del servicio de sanidad en su respectivo ámbito departamental. Cada junta estaba presidida por el prefecto del departamento y conformada, además, por otros ocho miembros, entre los principales tenemos: el médico titular, el alcalde de la municipalidad de la capital departamental, el director de la sociedad de beneficencia y el secretario de la prefectura, que actuaba como secretario de la junta. Las “Juntas Sanitarias Departamentales Litorales” estaban conformadas, además, por el capitán del puerto principal y el administrador de la aduana. Ejercían las funciones vinculadas con la Sanidad Marítima, siguiendo los procedimientos señalados en el Título II del Reglamento General de Sanidad.

Las principales funciones de la Junta Sanitaria Departamental eran:

... 2ª.- Vigilar en su respectivo departamento la observancia de las leyes y Reglamento de Sanidad, así como de las disposiciones que dicte la Junta Suprema. (...) 3ª.- Secundar y apoyar todas las

medidas y disposiciones de las Juntas Municipales para mejorar la higiene de las provincias y departamentos... (...) 5ª.- Dictar de acuerdo con las Municipalidades respectivas, todas las medidas de preservación que se reputen más eficaces para impedir la invasión y propagación de epidemias. (...) 6ª.- Velar por la administración de la vacuna del Departamento y el servicio del respectivo Médico Titular. (...) 7ª.- Elevar anualmente a la Junta Suprema un informe sobre el Servicio de Sanidad del Departamento durante el año vencido y proponer las reformas que juzgue conveniente [64].

Los “Servicios Municipales de Sanidad” estaban a cargo de las “Juntas Sanitarias Provinciales o Municipales”, bajo la dependencia directa de la Junta Central, ejerciendo jurisdicción en el ramo de sanidad sobre las municipalidades en sus respectivos distritos. Sus funciones estaban precisadas en la Ley de Municipalidades y debían dar cuenta a la junta central de todas las ordenanzas y reglamentos que expidiera “para el mejor servicio higiénico de la provincia”. Ejercían sus funciones siguiendo los procedimientos señalados en el Reglamento General de Sanidad. En las municipalidades de las capitales de departamentos estas funciones debían ser ejecutadas siempre bajo la dependencia de las municipalidades, por las juntas o comisiones organizadas y reglamentadas por aquéllas, conforme a sus recursos. En las demás capitales de provincia o de distrito el servicio estaba a cargo de las mismas municipalidades y su comisión de higiene.

El Servicio de Higiene Pública del Concejo Provincial de Lima era el más desarrollado del país. Para Francisco Graña, la primera época de desarrollo sanitario de Lima había estado comprendida entre 1868 y 1876, en que

merced á la feliz y patriótica iniciativa del Sr. José Bresani y á la constancia é inquebrantable voluntad del inmortal Manuel Pardo, se llevó a cabo la grande obra de canalizar Lima, primera población de Sudamérica, donde se estableció el sistema de albañales [90].

Sin embargo, en diciembre de 1886, tres meses antes de la puesta en ejecución formal del Reglamento General de Sanidad, el Dr. Aurelio Alarco comentaba, como Inspector de Higiene del Concejo Provincial de Lima, lo siguiente:

La Higiene Pública, que en los pueblos civilizados recibe esmerado culto, así de parte de la administración local como del pueblo, ha sido entre nosotros sumamente desatendida... Nuestras autoridades, así como nuestros hombres públicos... no se han preocupado de la salubridad del vecindario... nada o casi nada se ha hecho en el sentido de organizar un Servicio de Higiene Pública..., confiados en la bondad de nuestro clima, no creían urgente preocuparse de la salud pública, empeñados ante todo en luchas políticas... Que se creyera hasta inútil ocuparse de la salud pública lo prueban: que el Servicio Médico Municipal, apenas ensayado, fuera suprimido bajo pretexto de economía; que los servicios químicos y meteorológicos hubieran sido y hoy mismo continúen tan pobremente instalados; que la policía de salubridad no existe aún; que el Servicio Demográfico Estadístico sea tan imperfecto e independiente de la Sección de Higiene; finalmente, que esté aún por crearse un verdadero Servicio de Salubridad... La Inspección de Higiene comprende al presente 3 secciones: A- el servicio de vacuna; B- el Laboratorio Municipal y servicio químico; y C- el laboratorio Meteorológico [88].

La Inspección de Higiene de Lima disponía de cinco médicos sanitarios distribuidos en los cinco “cuarteles” donde estaba zonificada la provincia de Lima. En cumplimiento de lo dispuesto por el Reglamento General de 1887, el Concejo Provincial de Lima formuló un nuevo proyecto de “Reglamento para el Servicio de Sanidad Municipal de la Provincia de Lima” que, después de ser revisado por la Junta Central de Sanidad, fue aprobado por Resolución Suprema de 4 de enero de 1889. La nueva norma tenía tres capítulos: “De la Junta de Sanidad Provincial”, “Del servicio sanitario de la provincia”, y “De las rentas y gastos de Sanidad”. Casimiro Ulloa criticaba el número exagerado de funciones que la nueva norma asignaba al médico municipal:

Según el artículo 8º de dicho Reglamento, la ejecución del servicio sanitario queda confiado a cinco médicos y a un número indeterminado de químicos municipales permanentes. Los cinco médicos municipales, uno por cada distrito, tendrán a su cargo todas las funciones del servicio, con exclusión de la inspección de los alimentos y bebidas, que está encargado a los químicos permanentes. Según esto, corresponde a los médicos municipales la inspección de los establecimientos públicos y de toda la localidad, la conservación y propagación de la vacuna, la asistencia gratuita de los párvulos, la asistencia nocturna a los indigentes, la comprobación de nacimientos y defunciones, el estudio de la constitución médica, la remisión de informes anuales y trimestrales y cuanta comisión pueda encomendarles la Inspección de Higiene... Una acumulación, además, tal de funciones... (en) cada médico municipal... (que) es un imposible material (cumplirlas adecuadamente)... [89].

Alrededor del año 1900 se hizo cargo de la Municipalidad Provincial de Lima una nueva administración con el compromiso programático de impulsar la “higienización de nuestra capital”. Compromiso que fue cumplido a cabalidad, marcando —a criterio de Graña— la segunda época de desarrollo sanitario de Lima. Esta administración estuvo presidida por Federico Elguera (1860-1928), abogado y miembro destacado de la élite civilista. Elegido alcalde de Lima (1901-1908), efectuó una recordada labor de urbanización e higienización de la capital.

Por una parte construyendo mercados modernos e iniciando la pavimentación de las calles y la instalación de alumbrado eléctrico; por otra parte, preparando la ampliación de la ciudad mediante la apertura de nuevas vías (Paseo Colón, avenida de la Colmena) y disponiendo su ornato. Durante su gestión se inauguró el Instituto Municipal de Higiene, en reemplazo del antiguo Laboratorio Químico Municipal, y se contrató en Europa al bacteriólogo italiano Ugo Biffi Gentile para que se haga cargo de la dirección técnica del nuevo instituto. La Inspección de Higiene de la Municipalidad de Lima estuvo a cargo del Dr. Juan B. Agnoli quien cumplió un destacado papel en la lucha contra la peste bubónica en Lima [90, 91].

Médicos titulares y el Servicio de Sanidad

Por ley del Congreso de 22 de agosto de 1872 se había prescrito que en cada una de las provincias de la República se debía nombrar un médico titular a cargo del presupuesto del Concejo Municipal Departamental. En 1874 y de 1875 se reiteró y se precisó que eran de exclusiva competencia del Concejo Municipal Departamental el nombramiento de los médicos titulares; así como la vigilancia en el cumplimiento de sus deberes, la concesión de sus licencias y el abono de sus haberes. Pero, la norma sólo pudo ejecutarse parcialmente durante los años que tuvo vigencia, en tanto su cumplimiento cabal exigía la previa existencia de condiciones financieras y organizativas de las municipalidades y, especialmente, profesionales médicos que estuvieran dispuestos a ejercer su profesión fuera de la ciudad capital.

Desde el año 1887, con la creación del Servicio General de Sanidad, los médicos titulares formaron parte de los servicios de sanidad departamentales y municipales; por otro lado, el pago de haberes de los médicos y obstetrices titulares pasaron a estar a cargo de las juntas departamentales, creadas por la Ley de Descentralización Fiscal de 1886. La Junta Suprema del recién creado Servicio de Sanidad preparó el proyecto del nuevo “Reglamento de Médicos Titulares”, que fue formalizado por el Ministro de Fomento el 15 de mayo de 1896. De este reglamento nos parece interesante destacar los siguientes párrafos ya que nos darán una idea del exagerado número de tareas que se les seguía asignando a este tipo de personal: “Prestar sus servicios profesionales en el Hospital o Lazareto que existiere en la localidad... Dar, en su casa, o en otro lugar, una consulta de un número de horas determinado, para atender en ellas gratuitamente a todos los enfermos pobres e indigentes... Propagar la vacunación y revacunación en los lugares donde no existiere servicio de vacuna municipal... En los lugares donde no hubiera médicos de policía, los médicos titulares informarán a la autoridad judicial, sobre todos los asuntos médico-legales en que se le pidiera dictamen, practicando los reconocimientos y autopsias que fueran necesarios”.

Tres años después, reconociendo las autoridades la imposibilidad material de cumplir adecuadamente todas esas tareas, se hizo una adición, por Resolución del 18 de febrero de 1899, a dicho reglamento. En ella se decía:

... que los médicos titulares que presten sus servicios en el hospital de la provincia para que son nombrados, no están obligados a prestar servicios en los distritos; debiendo los Prefectos en caso de aparecer en ellos alguna epidemia, solicitar la autorización correspondiente para contratar un médico que la combata [65].

Muchas de las plazas vacantes que el gobierno ofrecía para el cargo de médico titular de provincia permanecían sin ser cubiertas. Ello provocó fuertes críticas a la supuesta escasa responsabilidad social de la orden médica, que fueron publicadas en 1902 en el diario *El Comercio*. La Sociedad Médica Unión Fernandina refutó dichas críticas presentando un conjunto de argumentos, entre los que mencionaremos los siguientes:

Pero de ninguna manera resuelve el Gobierno el problema económico suscitado en este caso... Son verdaderamente exiguas las partidas asignadas en el presupuesto para servir esas plazas... Los haberes... igualan ó por muy poco sobrepasan el de un amanuense. Y todavía se paga con mucha irregularidad... En todas las poblaciones de nuestra costa, sierra y montaña se recurre al médico, en la pluralidad de los casos, sólo en los últimos instantes de la vida del paciente; en el momento oportuno para comprometerle á que expida la papeleta de defunción del que ha sido asistido por comadres y curanderos... La renta proveniente de la práctica privada diaria es tan reducida como la asignada por los presupuestos departamentales... Pero el médico de provincia está aislado de sus colegas, no dispone de recursos terapéuticos, ni tiene muchos enfermos. No puede hacer práctica, debe quedar forzosamente retrasado... [92].

Además, la extracción social y el escaso número de los médicos disponibles en el país dificultaban su permanencia en dichos cargos en las provincias del interior del país. Tres meses antes de

la creación de la Dirección General de Salubridad, el Concejo Provincial de Lima en su sesión del 18 de agosto de 1903 aprobó su propio “Reglamento de los Médicos Sanitarios” en el que se prescribía, entre otras normas, las que siguen:

Art. 1. Habrá un médico sanitario municipal por cada uno de los cuarteles de la ciudad... Art. 2. Los médicos sanitarios municipales dependen directamente de la inspección de higiene del honorable concejo provincial... Art. 3. Son deberes de los médicos sanitarios: (1) Tener su domicilio en el cuartel respectivo. (2) Dar diariamente en su domicilio a una hora fija, consultas médicas gratuitas a los menesterosos que lo soliciten. (3) Practicar en su consultorio gratuitamente, la vacunación y revacunación de todos los que lo pidan. (4) Practicar los reconocimientos y expedir gratuitamente los certificados de buena salud de todas aquellas personas á quienes las ordenanzas municipales exigen este requisito... [93].

Organización de la Dirección General de Salubridad: Perú, 1903-1933

Inicios de la dirección de salubridad

Creación de la Dirección General de Salubridad: 1903

La Sección de Beneficencia e Higiene, como dependencia de la Dirección de Fomento del nuevo Ministerio de Fomento y Obras Públicas, estuvo a cargo desde 1896 de la tramitación y ejecución de los acuerdos de la Junta Suprema de Sanidad. Al final de los siete años de su creación los resultados de sus acciones y de las Juntas de Sanidad a su cargo fueron poco significativos, entre otras razones, por su ubicación en un tercer nivel jerárquico de la estructura administrativa del ministerio y, por ende, su escasa capacidad político-administrativa para gestionar mayores recursos. Así, al finalizar el año 1903, cuando la sección dejó de tener injerencia en el campo de la Sanidad disponía en toda la República de, apenas, 46 médicos titulares, 5 médicos sanitarios de puerto y 9 obstetrices titulares.

Para mejorar la eficacia de la conducción política del ramo de Sanidad, la Sección fue desactivada como tal y en su reemplazo se creó, por Ley del 6 de noviembre de 1903, la Dirección General de Salubridad. Nuevo órgano de línea del Ministerio de Fomento a cargo de un director general que dependía directamente del ministro del ramo. Las funciones asignadas, inicialmente, a esta dirección fueron las siguientes:

velar por el cumplimiento de la legislación sanitaria vigente; estudiar y proponer las reformas que juzgue necesarias a fin de mejorar el estado sanitario del país; organizar un plan de defensa contra la importación de gérmenes pestilenciales exóticos; concertar y dirigir medidas profilácticas para extinguir las enfermedades endémicas y epidémicas que existen en el país; organizar la estadística demográfica médica [65, 94].

El argumento oficial para justificar la urgencia de la creación de la Dirección de la Salubridad fue la “invasión de la peste” en varios puertos del país. El horror que se tenía en esa época a la peste facilitó la inmediata creación de una estructura gubernamental centralizada y permanente en el campo de la salubridad. Para los analistas de hoy día el episodio de la peste fue apenas un pretexto para justificar técnica y políticamente aquella creación, que obedeció realmente a intereses económicos:

La burguesía en el poder que tenía como base económica la producción capitalista de algunos sectores agroexportadores ubicados fundamentalmente en la costa del país y que exportaba mediante acuerdos con los inversionistas extranjeros, poseía en el momento de la creación de la Dirección aludida, clara conciencia de la necesidad de hacer efectiva las acciones sanitarias en los puertos, en la costa y en ciertas áreas productivas de la sierra para la protección de los intereses económicos que representaban y que para eso era indispensable la centralización [27].

Con ese mismo interés económico desde el inicio del siglo xx se realizaban las primeras convenciones sanitarias internacionales. Una de las recomendaciones de la “I Convención Sanitaria Internacional” de 1902 había sido, precisamente, la de centralizar las funciones sanitarias de un país en un organismo nacional encargado de aplicar y coordinar las medidas higiénicas para el mejor control de las enfermedades pestilenciales.

Organización de la Dirección General: 1903-1919

El órgano directivo de la nueva estructura de salubridad, que tenía el alto nivel de dirección general, se organizó en dos seccio-

nes: la de Higiene y la de Demografía, y era servida por un director, dos jefes de sección y tres amanuenses. El jefe de la Sección de Higiene estaba encargado del control y la supervigilancia del Servicio de la Sanidad Marítima. Las primeras autoridades de la dirección general fueron el Dr. Julián Arce, como director general; el Dr. Daniel E. Lavourería, como jefe de la Sección de Higiene; y el Dr. Rómulo Eyzaguirre, como jefe de la Sección de Demografía. Los auxiliares del Dr. Arce eran los médicos Casimiro Medina y Francisco Graña. Este último era, además, el redactor del *Boletín de la Dirección de Salubridad* [94, 95].

Julián Arce (1863-1931), colaborador y continuador de la obra científica de Carrión, había obtenido el grado de Doctor en Medicina en 1889 con la tesis *La fiebre de La Oroya* y tenía estudios de Medicina Tropical en Londres cuando fue nombrado como fundador y primer Director General de Salubridad; cargo que desempeñó durante 7 años y 6 meses (8/01/04 al 19/07/11), en medio de grandes dificultades. Renunció voluntariamente cuando el Gobierno, violando los reglamentos sanitarios, impuso por razones políticas pena de cuarentena al “Canova”, buque que conducía al Callao a tres diputados de la oposición. Miembro de la “Royal Sanitary Institute” de Londres, desde 1910, fue elevado a la condición de “Fellow”, en 1915, teniendo el honor de ser el primer sudamericano con tal título. También fue fundador de la cátedra de Enfermedades Tropicales en la Facultad de Medicina de Lima, creada en 1916 [96, 97].

Daniel Eduardo Lavourería (1872-1934), fundador y primer Jefe de la Sección de Higiene, fue un distinguido histólogo y catedrático adjunto de la Facultad de Medicina desde 1890, quedando a cargo del curso de Histología y Técnica Microscópica en 1909. Su carrera como alto funcionario de la Dirección de Salubridad, primero como Jefe de Sección y desde 1913 como Subdirector de Salubridad, se extendió desde su ingreso el 8 de enero de 1904 hasta el 24 de marzo de 1931, día en que falleció. Autor del valioso *Pronuario de Legislación Sanitaria*, se distinguió, en palabras de su colaborador el Dr. Jorge Estrella Ruiz, por su

... extraordinario sentido de responsabilidad... su versación notoria en problemas de salud pública... la austeridad de su conducta... [98].

El Dr. Rómulo Eyzaguirre (1864-1946) fue un destacado nipiólogo e higienista, precursor de la estadística demográfica y sanitaria en el Perú, catedrático auxiliar y, luego, adjunto de la cátedra de Pediatría de la Facultad de Medicina entre 1896 y 1917. Su carrera administrativa iniciada el 1 de febrero de 1904 como fundador y jefe de la Sección Demografía —luego de Demografía y Estadística— de la Dirección de Salubridad, finalizó con su fallecimiento, el 4 de octubre de 1946, cuando desempeñaba el cargo de asesor de la Dirección de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Acumuló un total de 52 años y 19 días de valiosos servicios prestados a la Nación. En opinión de Leonidas Avendaño:

Su dinamismo se tradujo en su participación en numerosas actividades..., sobre todo en relación con la Medicina Social. Esta ciencia obra del gran René Sand fue motivo de sus prolijos estudios, habiendo sido tal vez el iniciador de la difusión de dicha disciplina, con anterioridad a los trabajos de Carlos Bambarén F. y Carlos Enrique Paz Soldán [98].

Dificultades iniciales de la Dirección: 1903-1919

El inicio de las actividades de dicha dirección no fue nada fácil debido a lo complejo de su misión y a que fue creada con muy escasos recursos y sin vinculaciones formales con otras entidades que tenían responsabilidades en el cuidado de la salud colectiva, especialmente con las municipalidades y las beneficencias públicas. El primer local de su sede central estaba en el viejo Palacio de la Exposición, en cuatro habitaciones destinadas a ese objeto; tuvo como dependencias desconcentradas:

El Instituto de Vacuna, el lazareto flotante, el hospital de contagiosos, las estaciones sanitarias y el cuerpo de médicos sanitarios y titulares y obstétrices de la república [94, 95].

Al omitirse esas vinculaciones, en la ley de creación de la Dirección de Salubridad, se perdió la oportunidad de establecer legalmente el carácter de las mismas. Por tal razón las otras entidades no se sentían obligadas a aceptar la dirección técnica de la Dirección de Salubridad y muchas veces rechazaron con energía una pretendida intromisión de ésta, por entender que afectaba ilegalmente su autonomía. En otras ocasiones era la misma dirección la que se inhibía de normar los aspectos técnicos de entidades que no dependían formalmente de ella porque consideraba no tener la fuerza política suficiente para hacerlo [85].

Sobre esas dificultades iniciales, treinta años después de la creación de la Dirección de Salubridad, el Dr. Abel S. Olaechea testimoniaba lo siguiente:

Labor ciclópea le correspondió al Dr. Julián Arce en 1903 en la organización de la Dirección de Salubridad... Si en los momentos de pavor que infundía la peste, autoridades y particulares, todos actuaban y todos acataban las medidas que había que poner en práctica, cuando la amenaza pasaba o se amortiguaba y se hacía necesario sentar de modo estable las bases (de la Sanidad)... surgía la resistencia, venía la inercia del vecindario y se suscitaban, a la vez, franca o disimuladamente, los conflictos institucionales, provocados, ya sea por la oposición de las Juntas Departamentales para cooperar pecuniariamente en las labores sanitarias, o ya por la de los Concejos Provinciales, que sin poder llevar a cabo por sí mismos las medidas higiénicas a que están autorizados por la ley, encontraban dañoso para sus fueros que las ejecutara la Dirección de Salubridad. Las atribuciones, en efecto, que el Art. 77 de la Ley de Municipalidades de 14 de octubre de 1892, señala a los Concejos... ponen, en realidad, toda la higiene de las localidades bajo la autoridad de los Municipios, de manera que sin una ley sanitaria que determine la órbita de acción de la Dirección de Salubridad y la de los Concejos Municipales en los asuntos referidos, no es posible,... proceder libremente para llevar a cabo medidas sanitarias imperiosas en bien de la colectividad, las que eran aceptadas, repito, sólo en los momentos difíciles. Las relaciones de la sanidad con la asistencia permiten colegir con

que facilidad también, no existiendo subordinación o dependencia de las Beneficencias a la nueva Dirección, podrían suscitarse roces entre ellas y éstas por cuestiones de fuero [99].

Durante la “República Aristocrática”, entre enero de 1904 y septiembre de 1919, ocuparon el cargo de director general, además de Julián Arce, otros dos personajes: Lauro Curletti (1881-1941), médico, Doctor en Ciencias Naturales y político; y Abel S. Olaechea (1874-1934), médico especializado en medicina interna y medicina de la piel, Doctor en Medicina desde 1908 con la tesis *Estado actual de los conocimientos relativos a la tuberculosis*.

El Dr. Lauro Ángel Curletti, adherido al Partido Liberal, había secundado la campaña política de Guillermo Billinghurst y fue nombrado por éste en el cargo de Director de Salubridad, que lo desempeñó por dos años y siete meses (20/07/11 al 10/02/14). Creó entonces la asistencia pública de Lima, realizó acciones de saneamiento e higienización de los inmuebles más deteriorados de Lima y desplegó una intensa campaña de educación sanitaria en la población. Posteriormente se identificó con el régimen de Leguía y colaboró de manera destacada en su administración, primero, como Ministro de Marina (marzo de 1931) y, luego, como Ministro de Fomento (15/08/21 al 16/02/23) [100, 101].

Por su parte, el Dr. Abel S. Olaechea fue nombrado como Director de Salubridad por el presidente provisional Óscar Benavides y ratificado como tal por el gobierno de José Pardo. Desempeñó el cargo por cinco años y siete meses (11/02/14 al 15/09/19). Durante su gestión se prestó especial atención a los servicios de agua y desagüe, se dio la ley de profilaxia del paludismo, la ley de declaración de enfermedades infectocontagiosas, el decreto de protección a la infancia y al finalizar su gestión se contrató los servicios de la misión de Rockefeller para la lucha contra la fiebre amarilla. Posteriormente desempeñó el cargo de Director del Hospital Dos de Mayo [101, 102].

Los médicos titulares en la Dirección de Salubridad: 1903-1919

El art. 3.º de la ley que creó, en 1903, la Dirección de Salubridad precisó que los médicos titulares de toda la República dependían exclusivamente de dicha dirección. Aunque, sus haberes continuaron siendo pagados por las juntas departamentales. El trabajo de estos profesionales siguió normado por el reglamento de médicos titulares del año 1897, hasta que se aprobó, por decreto supremo de 15 de octubre de 1915, el nuevo “Reglamento de Médicos Titulares”. En esta nueva norma, firmada por el presidente José Pardo y el ministro de fomento Belisario Sosa, se precisaba lo siguiente: (i) Los cargos de médicos titulares son determinados en los presupuestos departamentales, habrá médicos titulares de una sola provincia, de dos o más provincias o de uno o varios distritos. (ii) Los médicos titulares son funcionarios dependientes de la Dirección de Salubridad Pública; aunque, están, para lo administrativo, bajo la dependencia de los prefectos o subprefectos. (iii) Deben predominar, en todo caso, las obligaciones de orden sanitario de los médicos titulares, sobre las que les corresponden en el orden médico, el hecho de tener a su cargo el servicio del hospital en el lugar de su residencia, no impide a los titulares salir a los distritos a combatir las epidemias que en ellos se presenten.

El nuevo reglamento señalaba 29 obligaciones formales de los médicos titulares, entre las principales: (i) dar estricto cumplimiento a las normas sanitarias vigentes y vigilar el cumplimiento de las mismas; (ii) prestar sus servicios profesionales en el hospital o lazareto existente en su lugar de residencia; (iii) establecer un consultorio externo público, gratuito, para atender en él diariamente, durante hora y media, a la clase pobre de la población; (iv) combatir las enfermedades infectocontagiosas, de acuerdo con las autoridades, mediante medidas profilácticas adecuadas y cumpliendo las instrucciones que reciba de la Dirección de Salubridad; (v) efectuar en el lugar de su residencia, la vacunación y revacunación antivariólica; (vi) gestionar ante la municipalidad provincial la ex-

pedición de ordenanzas con relación al servicio de aseo público, el agua potable, la vigilancia de alejamiento de las materias excluidas, la desinfección, la vigilancia de expendio de alimentos, los mataderos y plazas de abastos, y los demás asuntos comunales relativos a la higiene pública y privada; y, (vii) hacer por lo menos una visita anual a todos los distritos de su jurisdicción, solicitando para ello las facilidades necesarias de la prefectura y la movilidad de la junta departamental respectiva [64].

Nuevamente se estaba asignando una excesiva cantidad de obligaciones al médico titular. Sin embargo, el gobierno no dejaba de reconocer dicho exceso, tal como se infiere de la lectura de la resolución suprema de 22 de octubre de 1915, cuando se enfatiza que tal situación demanda de los médicos una “consagración especial a su cargo y, con frecuencia, actos de gran abnegación” y cuando resuelve, en consecuencia, que:

Las Juntas Departamentales, los Concejos Provinciales, las autoridades políticas y los funcionarios de todos los ramos de la administración pública, prestarán, dentro de la esfera de sus atribuciones legales, a los médicos titulares, todas las facilidades que necesiten para el buen desempeño de sus atribuciones [64].

Persistieron los problemas, ya comentados, que dificultaban el reclutamiento de profesionales para los cargos de médicos titulares en provincias. Con relación a las condiciones de trabajo que les eran ofertadas por el Estado, nos parece interesante transcribir los comentarios que en *La Crónica Médica* de junio de 1916 hace, anónimamente, el médico J.A.P.:

... nunca se ha querido reconocer los sacrificios y los gastos que representa un título de médico, y se cree que basta modesta retribución para recompensarlo, y de allí que existan muchas provincias sin un facultativo que vele por la salud del vecindario. En nuestros presupuestos, general y departamentales, se señalan partidas para médicos titulares que oscila entre Lp. 10 y 20, cantidad que se ofrece no solo para asegurar la permanencia de ellos en la provincia, sino también para una serie de atribuciones anexas al cargo, entre las cuales hay una, la más pesada, la de

trasladarse á los distritos á combatir epidemias, obligándolo á abandonar, en el día y sin excusa alguna, á los pocos clientes que tenga en la ciudad. Además, la retribución señalada, que debía ser pagada de preferencia y con toda puntualidad, no lo es; hay muchos casos en que se les adeuda hasta seis meses ó más de sueldos. Se dice también que esta asignación no es sino una base para establecerse y que una vez allí se hará de clientela y obtendrá una mejor renta. ¡Qué error tan profundo! En los pueblos hay el convencimiento de que por el hecho de ser titular rentado debe atender á todos, de día y de noche, gratuitamente, y en caso de negarse á hacerlo, allí está el telégrafo que se encargará de transmitir a la capital las quejas de los provincianos sobre la incapacidad o inhumanidad de los Galenos, que creyeron en la realidad de las ilusiones que le hicieron concebir al ofrecerle el cargo. Además, tiene que luchar con la ignorancia, en el arte de curar, tan corriente en esos lugares, que hace que los curanderos, brujos, etc., sean considerados como superiores al médico y que ganen lo que se resisten á pagar á este... Hay también el hecho de que siempre se hace intervenir al médico en política, y éste tiene que hacerlo con el objeto de conservar el puesto, al que ha tenido que aferrarse, una vez quitado de su medio y sin base para establecerse en otro lugar mejor, pues si se niega á tomar parte activa en favor de tal ó cual candidato, éste moverá todas sus influencias á fin de obtener su separación, cosa que consigue siempre...” (...) “Cualquiera se imaginaría que todas estas razones tan sencillas, tan visibles debían haber sido notadas por la institución llamada á proponer estas y muchas otras reformas; pero no es así, ella no se ocupa sino de hacer más aflictiva la condición de los titulares, aumentándoles cada día más sus obligaciones, dándoles comisiones a lugares distantes y por último haciéndoles permutar constantemente. Y si nos referimos al Congreso, la cosa es peor... [103].

Comentarios similares a los que había efectuado, catorce años antes, la Sociedad Médica Unión Fernandina con relación al trabajo médico en el antiguo Servicio de Sanidad, aunque ahora se sumaba la crítica a la interferencia negativa de los políticos.

Consejo Superior de Higiene: 1907-1919

Por decreto supremo del 15 de julio de 1907 se creó el “Consejo Superior de Higiene” dándole atribuciones consultivas y casi legislativas, con el propósito de ilustrar al gobierno nacional en la formulación de las resoluciones y leyes relativas a la salud pública. El decreto indicaba que el consejo debía reunirse por lo menos una vez al mes y fijó sus funciones. Estas reuniones se reglamentaron por resolución suprema del 17 de noviembre de 1907.

El consejo estaba presidido por el Ministro de Fomento y conformado, además, por el Director de Salubridad, el decano de la Facultad de Medicina, el director de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, el alcalde del Concejo Provincial de Lima, el presidente de la Academia Nacional de Medicina; los catedráticos de Higiene, de Bacteriología y de Clínica Médica de la Facultad de Medicina; el catedrático de Derecho Administrativo de la Facultad de Ciencias Políticas, el Presidente de la Cámara de Comercio, los cirujanos jefes del Servicio de Sanidad Militar y Naval, el director del Instituto Nacional de Vacuna, y el jefe de la Sección de Higiene de la Dirección de Salubridad, quien actuaba como secretario. El consejo se reunió periódicamente, actuando como secretario el Dr. Eduardo Laverería, hasta el mes de julio de 1919 [65].

La Dirección de Salubridad en la “Patria Nueva”

Desarrollo y limitaciones de la Dirección General: 1919-1930

En 1919 la organización de la Sanidad peruana estuvo sujeta, de manera similar a 1903, a nuevos cambios, que ahora obedecían a las exigencias de la política de modernización del régimen de Leguía. Inicialmente esta reorganización significó la contratación de médicos e ingenieros norteamericanos, la mayor centralización del aparato estatal sanitario y el énfasis en los servicios de atención a las personas. Sin embargo, la Dirección General de Salubridad siguió actuando como dependencia del Ministerio de Fomento

y Obras Públicas, de acuerdo a las disposiciones de su ley de creación y de las que luego ampliaron y precisaron sus funciones y sus relaciones con las otras organizaciones vinculadas con la salubridad.

Durante el “Oncenio”, se trató de incrementar la capacidad de gobierno de la Dirección de Salubridad otorgándole formalmente nuevas competencias para el control y supervigilancia del funcionamiento de las entidades públicas y privadas que actuaban en el campo de la Salubridad, aunque respetando lo dispuesto en la Ley Orgánica de Municipalidades sobre las competencias específicas, en este mismo campo, de los gobiernos locales; así como la autonomía de las Sociedades Públicas de Beneficencia. De acuerdo con esas competencias, el Ministerio de Fomento y la Dirección de Salubridad hicieron aprobar o dictaron numerosas disposiciones legales y administrativas de regulación y control. Sin embargo, todos los testimonios de la época destacan que las normas establecidas en tales disposiciones eran ignoradas o descatadas, con casi total impunidad, por los responsables de hacerlas cumplir o de cumplirlas.

Para todos los interesados era evidente que la Dirección de Salubridad no tenía los recursos para ejercer con efectividad sus competencias y, peor aún, que no tenía la voluntad o el poder político suficiente para hacer cumplir normas que podrían afectar las autonomías de las otras entidades que actuaban en el cuidado de la salud colectiva, o los intereses económicos de las distintas fracciones del nuevo bloque dominante. Esta situación política-administrativa, que generaba ineficiencia e ineficacia, también impidió avanzar en la coordinación o integración de las funciones preventivas con las asistenciales. En inicios de la década de los 30 se criticaba:

estas dos funciones que no pueden vivir desvinculadas dentro del criterio técnico, han existido y existen separadas, desconectadas, sin mantener contacto para coordinar sus esfuerzos y conseguir el progreso demográfico del país [85].

Directores Generales de Salubridad en el “Oncenio”

Durante los tres primeros años del “Oncenio” se sucedieron tres directores generales de salubridad: José Gil Cárdenas, William Wrightson y Henry Hanson. El primero, médico peruano, desempeñó el cargo por un año y ocho meses (16/08/19 al 15/05/21), prestando especial atención a la lucha contra el paludismo en los valles de Lima y al control de la epidemia de fiebre amarilla en el norte del país. El segundo y el tercero eran ciudadanos norteamericanos que habían trabajado como expertos en las campañas contra la fiebre amarilla, el paludismo y la peste, realizadas en el país. Sobre la gestión de estos dos funcionarios, Jorge Estrella Ruiz —en esos años amanuense de la Dirección de Salubridad— testimonia:

Quinto Director... lo fue el Ingeniero norteamericano William D. Wrightson, desde el 1ro. de junio de 1921 hasta el 9 de marzo de 1922 [9.5 meses], habiendo percibido S/. 3,600 soles oro al mes, como sueldo de Presupuesto y habiendo dispuesto en ese lapso sólo de S/. 696,016... cantidad que prácticamente sirvió únicamente para sostener los servicios de rutina. Para nosotros fue una verdadera pena ver cómo el archivo de la Dirección... fue colocado en costales y mandado a los basurales de Lima... El Dr. Henry Hanson fue el 6to. Director, cargo que desempeño desde el 21 de marzo de 1922 hasta el 15 de julio del mismo año [4 meses]. Fondos disponibles? Solo S/. 180,681.60 para la atención de los servicios sanitarios. Conservo copia de una carta dirigida al Sr. Ministro Fomento, en que le dice que la labor del Director no puede ni debe estar entorpecida por diligencias encaminadas a obtener el pago de libramientos para subvenir a las necesidades del servicio. En esta época breve se creó la Comisión Inspector de Farmacia, la Liga Antituberculosa de Damas... y se expidió ese bien inspirado decreto supremo de creación de las Oficinas Departamentales de Sanidad, redactado por el Dr. Lavourería, con el que se hizo el primer serio ensayo de la descentralización sanitaria centralizada... [101].

Con relación al nombramiento de Hanson, los responsables de *La Crónica Médica* se apresuraron a hacer el siguiente comentario:

Ha sido nombrado director de Salubridad Pública el médico americano Henry Hanson, que en los últimos tiempos ha dirigido la campaña antiamarílica y que con su designación ha roto la era indocta, en que por desgracia había caído la primera institución sanitaria del país, toda vez que la elección de sus directores se había hecho últimamente con criterio que se apartaba de exigencias científicas indiscutibles. En la nota de aceptación (dirigida al Ministro de Fomento, el 14 de marzo de 1922) que publicamos más abajo, determina el Dr. Hanson las condiciones necesarias para el desarrollo de su actividad y las deficiencias actuales del organismo sanitario del país, el más importante de los que funciona en toda nación... [104].

El ministro de fomento era Lauro Curlettí quien durante el gobierno de Billinghamst había desempeñado el cargo de Director General de Salubridad [101]. Lo principal del contenido de la nota citada, que el autor la hizo pública y extensiva a toda la población nacional, aparece en los párrafos que transcribimos textualmente:

... las influencias de la política serán enteramente pospuestas y que el criterio único para los nombramientos será el de las aptitudes de la persona para el trabajo que debe desempeñar (...) Durante los últimos tres años he notado exceso de empleados en algunas ramas del servicio de salubridad, y que casi todos tienen una escasa remuneración. Digo escasa remuneración en el sentido de que ellos dediquen a sus labores todo el tiempo que sus cargos requieren; pero hasta donde yo he podido apreciarlo, muchos de ellos no consagran en la práctica, tiempo alguno al cargo que suponen desempeñan, por la simple razón de que están obligados a buscar recursos adicionales para poder vivir. Resultará más ventajoso, tanto para los empleados mismos, como para el gobierno, el que estos dediquen todo su tiempo a sus obligaciones, dándoles una remuneración suficiente y requiriéndoles una atención, no dividida, de sus deberes. (...) Los médicos sanitarios departamentales deben tener una mayor amplitud en sus atribuciones, y en conformidad con su denominación, deben ser los representantes principales de la dirección de salubridad en sus respectivos departamentos. (...) La autonomía

y completa independencia de los servicios municipales de higiene debe ser modificada en forma que dé a la Dirección de Salubridad Pública, por lo menos, una función de consejo, y en los casos de emergencia o de evidente negligencia en las precauciones sanitarias, la autoridad necesaria para intervenir, efectivamente, en ellos. (...) En las actuales condiciones es inútil e injusto amontonar críticas y censuras sobre la Dirección de Salubridad porque no combate la peste, la malaria, la tifoidea y las numerosas enfermedades existentes. La culpa no reside solamente en el servicio de salubridad. Cada dueño de casa debería detenerse un momento a examinar en lo que ocurre en su hogar; hay allí mucho que debe hacerse para mejorar las condiciones sanitarias generales del país... En ninguna de las municipalidades que yo conozco existe un servicio adecuado de recolección y destrucción de basuras. Es sólo debido a la suerte y la gracia de Dios, que la peste no haya sido mucho peor de lo que es... (...) Mi aceptación del cargo..., depende totalmente de la aprobación de parte del país de esas ideas y de los procedimientos que he indicado, así como de las facilidades de que se me concedan por todos aquellos a quienes concierne cooperar en el establecimiento de mejores condiciones sanitarias. (...) Yo he visto muchas críticas, en la prensa diaria, acerca de los empleados extranjeros que tienen sueldos crecidos; yo soy uno de esos empleados extranjeros que tiene sueldo crecido; pero estoy listo para ahorrar al país la continuación de ese gasto, en cualquier momento, si se desea tomar esa medida económica. Entre tanto, que se nos deje trabajar y ver lo que se puede hacerse [104].

Es evidente que las condiciones exigidas por Hanson no podían, en la práctica de la “Patria Nueva”, ser aceptadas por el gobierno de Leguía; esto explicaría su temprano retiro de dicha dirección después de apenas cuatro meses de gestión. En reemplazo de Hanson se nombró al Dr. Sebastián Lorente y Patrón (1884-1972), psiquiatra e higienista mental, quien estuvo a cargo de la Dirección hasta la caída de Leguía. Lorente completó una gestión de ocho años (16/07/22 al 24/08/30), la más larga en la historia de nuestro país. Lorente decía rechazar el “retrógrado” concepto “caritativo” de la medicina y de la beneficencia que él relacionaba

con el “civilismo y la oligarquía” y alababa los esfuerzos de Leguía por construir un aparato estatal que daría como resultado una “salud pública preventiva y más fuerte” que enfatizaría los aspectos operativos antes que los vinculados a la investigación. En los hechos se logró ampliar el ámbito formal de la regulación estatal en el campo del cuidado de la salud colectiva y orientar una parte significativa de los recursos fiscales al desarrollo de los servicios de atención a la salud de las personas y de la creación de infraestructura física de saneamiento básico [105, 106]. En el testimonio que Jorge Estrella hace de la gestión de Lorente se destaca esta orientación:

Sería largo tratar de puntualizar los nuevos servicios incorporados; pero nos baste señalar... la Junta de Defensa de la Infancia... la Inspección Técnica de Urbanizaciones y Construcciones... el Departamento de Higiene Industrial... el Instituto de Cáncer... el Hospital Julia Swayne de Leguía... el Servicio Nacional Antipestoso (...) No está fuera de lugar expresar que el desarrollo que alcanzó la Dirección se debió en gran parte a la autoridad que tuvo el Director, se diría suprema, en asuntos sanitarios [101].

Bajo la influencia de Lorente, la sanidad peruana prestó menor atención a la investigación básica, y los recursos destinados al desarrollo de las capacidades científicas de los laboratorios públicos de bacteriología disminuyeron significativamente. Desarrollo que en los primeros años del “Oncenio” había sido justificado en cuanto a su potencial beneficio para la salud colectiva [107]. Además de esa orientación, siguiendo las tendencias generales de la administración pública durante el “Oncenio”, los recursos fiscales asignados a la Dirección de Salubridad y a sus dependencias fueron destinados prioritariamente al incremento del personal. Es así, por ejemplo, que Estrella informa que la cantidad del personal profesional médico aumentó, a pesar de las magras remuneraciones, de 78 en 1910, a 120 en 1920 y a 230 médicos en 1930. En este último año trabajaban también en esas dependencias: 3 farmacéuticos, 3 dentistas, 6 ingenieros y 19 obstetras; así como 274 vacunadores, 100 de los cuales laboraban en Lima [101].

Inicios de las oficinas departamentales de salubridad: 1922-1930

El decreto supremo del 23 de junio de 1922, de “Reorganización del Servicio Sanitario de la República y Creación de las Oficinas Departamentales de Salubridad”, prescribía, entre otras normas, las siguientes:

En las capitales de los departamentos o... capitales de una zona sanitaria formada por dos o más departamentos funcionará una Oficina Departamental de Salubridad, dependiendo directamente de la Dirección del Ramo, servida por un médico sanitario departamental y por los empleados que sean necesarios. (...) Las Oficinas..., tendrán, en la zona de su jurisdicción, la representación de la Dirección de Salubridad y ejercerán las funciones que correspondan a ésta... en todas las cuestiones sanitarias relativas al departamento, que, por su naturaleza, no requieran la intervención directa de la Dirección del Ramo. (...) Los Médicos Sanitarios Departamentales tendrán bajo su inmediata dependencia y responsabilidad, todos los servicios de salubridad de la zona que le corresponda, así como la supervisión de las labores de los médicos titulares, médicos sanitarios, obstetrices titulares, ayudantes e inspectores sanitarios y, en general, de todo el personal de sanidad que trabaje dentro de dicha zona, con excepción de las Estaciones Sanitarias, las que seguirán dependiendo directamente de la Dirección del Ramo, para lo relativo a los asuntos de sanidad marítima, pero que colaborarán con la Oficina Departamental de Salubridad respectiva, en lo que se refiere a Sanidad Terrestre (...) Los Prefectos y las demás autoridades políticas, prestarán a los Médicos Sanitarios Departamentales, todo el apoyo que éstos requieran de dichas autoridades... (...) Habrá un Inspector General de todos los servicios de salubridad existentes en los departamentos y provincias de la República. Este médico Inspector General será nombrado por el Gobierno, a propuesta de la Dirección General de Salubridad... tendrá la obligación de visitar todos los departamentos de la República una vez al año... [61, 108].

Luego de promulgada la norma se hizo necesario garantizar la unidad de dirección en la ejecución de las actividades de sani-

dad en el país. Con este propósito se desactivó el antiguo servicio de sanidad, creado por el Reglamento General de Sanidad de 1887, suprimiéndose las juntas de sanidad departamentales, litorales y provinciales, por resoluciones supremas del 15 de junio de 1923 y del 8 de febrero de 1924; se transfirieron sus recursos a las nuevas oficinas departamentales de salubridad. Además se establecieron, por resolución suprema del 19 de febrero de 1926, los requisitos para ser nombrado médico sanitario departamental:

haber servido de médico titular o médico sanitario de provincias, por el término mínimo de cinco años a satisfacción de sus superiores o haber desempeñado comisiones sanitarias de importancia [61, 108].

Existe un consenso general de que las oficinas departamentales de salubridad fueron, en palabras del Dr. Estrella, “el primer ensayo serio de descentralización sanitaria centralizada” [101]. Sin embargo, también existe el mismo consenso de que era un ensayo teóricamente bien concebido, pero que no correspondía a la situación social y administrativa del país. Los años siguientes demostrarían esta indudable limitación, que impidió a estas oficinas alcanzar la efectividad deseada; además, nunca dispusieron de los medios materiales y financieros para una instrumentación mínima aceptable. En realidad sólo se continuaba con la política leguista de extender la autoridad del gobierno central a las provincias, disputando funciones tradicionales de las autoridades departamentales, provinciales y municipales. Con las oficinas y las campañas de control dirigidas desde Lima se disminuyó el poder de las autoridades locales en el campo de la salud. Una de las consecuencias de esta orientación fue la centralización de las decisiones políticas sanitarias y el comentado crecimiento de la burocracia central estatal [108].

Con relación a la situación laboral de los médicos titulares, ya desde 1921 sus haberes eran pagados con fondos fiscales —por disposición de la Ley N.º 4232 del 14 de marzo de 1921, que suprimió las juntas departamentales creadas por la antigua Ley de Descentralización Fiscal de 1886— y sus relaciones administrati-

vas fueron precisadas por el art. 11º del decreto que estamos comentando, en el que se dice:

Los médicos titulares estarán subordinados al Médico Sanitario Departamental para los asuntos del Servicio, y a su vez, tendrán la supervigilancia y la responsabilidad del trabajo de la obstetrix titular correspondiente, de los ayudantes e inspectores sanitarios, de los vacunadores y de cualquier otro personal que preste servicios dentro de la provincia a su cargo [61].

Además, la Ley N.º 5967, del 13 de enero de 1928, concedió a los médicos titulares goce de jubilación, cesantía y montepío, haciendo extensivos a ellos los beneficios de la ley del 22 de enero de 1850 y del decreto del 4 de noviembre de 1851. Esta ley previó que, en caso de invalidez o de muerte en acto de servicio, continuaba la pensión íntegra del médico invalidado o fallecido.

Crisis de la dirección de salubridad: 1930-1933

Acusaciones a las autoridades leguistas: 1930-1931

Durante los primeros meses de la coyuntura iniciada por el derrocamiento de Leguía se hicieron denuncias públicas de supuestos actos de corrupción de las autoridades políticas y administrativas del anterior régimen, así como de la desorganización e ineficiencia imperantes en la Administración Pública durante el “Oncenio”. Ovidio García Rossell, en esos meses dirigente del “Movimiento de Médicos Jóvenes”, recuerda años después:

El nuevo Gobierno tampoco tenía doctrina, un manifiesto improvisado, poco antes un telegrama, era más bien la expresión bien pensada y mejor escrita, de una inquietud y propósito de cambio, pero no una base de organización. Todo el país, en todos los campos de la actividad, estaba presa de esa inquietud y la opinión, tantos años cohibida, un poco por coacción directa, otro poco por complicidad comprometedora y otro poco por un temor, superior en proporción a la coacción, se lanzó en un gran despliegue de liberalidad para exaltar los pedidos de reconoci-

miento y de reivindicación de derechos y de garantías de todos los grupos de gentes de trabajo que rápidamente procedieron a organizarse... Todo este movimiento se concretaba en senda comunicación escrita y publicada e invariablemente dirigida al nuevo Mandatario [109].

En lo que corresponde específicamente a la Dirección de Salubridad es importante —para ubicarse en el ambiente social y emocional de esos meses— leer parte del apasionado contenido del Manifiesto que el “Movimiento de Médicos Jóvenes” elevó a la junta de gobierno presidida por Sánchez Cerro:

En virtud de este nuevo orden de cosas... el gremio médico y, en especial, los profesionales de las últimas generaciones desvinculados de todo elemento político y partidarista, sentimos renacer nuestros derechos inherentes a la profesión médica que fueron anulados y pervertidos en régimen pasado, por quienes tenían la misión de velar por ellos. Nos vemos impulsados a tomar esta actitud, debido a la desorganización, que demás está decir, ha sido una de las causas, que unida al despotismo imperante del anterior régimen ha hecho que se releguen nuestros justos derechos... La acción nefasta de la política, se inmiscuyó despiadadamente entre el elemento médico, hasta el extremo de imponer por cerca de ocho años a un Director de Salubridad perfectamente incapaz; y esto mirando solamente desde el punto de vista técnico. El resto del personal, de esta dependencia o de otras..., salvo excepciones, se conseguía por el favor político, sin tomar antecedentes sobre la competencia y moralidad del postulante... Es necesario, que los sistemas empleados hasta la fecha, cesen por malos... Sintetizando lo arriba expuesto pedimos: 1ro. Que la acción depuradora se extienda a la profesión médica. 2do. La reorganización completa de la Dirección de Salubridad, con personal idóneo, independiente y de comprobada competencia profesional. 3ro. Impedir el acaparamiento de puestos, por medio de una comisión controladora... [110].

El Movimiento de Médicos Jóvenes se convertiría, luego, en la Asociación Médica Peruana “Daniel A. Carrión”. En los considerandos de la resolución de marzo de 1931, que ordenó la

reestructuración de la Dirección General de Salubridad, se hacen graves acusaciones de corrupción a las autoridades leguistas que en años anteriores habían estado a cargo de la dirección; para un mejor entendimiento transcribiremos estas denuncias:

Que como consecuencia de la mala administración política del país durante los últimos años, los servicios dependientes del Ramo de Salubridad se encuentran totalmente desorganizados; (...) Que siendo del dominio público que en esta repartición se cometían graves irregularidades, como lo demuestran los últimos informes presentadas por la Comisión nombrada al efecto; (...) Que igualmente está comprobado que esta dependencia..., lejos de llenar su función social en bien de la sanidad del país se convirtió en un centro de latrocinios y peculados de todo orden;... [111].

Denuncias, que en su gran mayoría fueron posteriormente desestimadas por los encargados de investigarlas.

Cambios y reestructuración de la Dirección General: 1930-1933

Menos de un mes después de iniciada la gestión de la junta de Sánchez Cerro, se modificó la estructura central de la Dirección General de Salubridad Pública. En cumplimiento del decreto supremo del 15 de septiembre de 1930, la nueva Dirección General tenía a su cargo tres secciones: la Administrativa, la Técnica y la de Inspección Sanitaria. La Sección de Higiene fue reemplazada por la Técnica; en tanto que la Sección de Higiene Industrial pasó a ser una dependencia de la Dirección de Fomento. El “Servicio de Sanidad Marítima”, que desde 1903 estaba bajo el control y supervigilancia del Jefe de la Sección de Higiene, quedó a cargo de la nueva Sección Técnica [94].

Se nombró como Director General al Sr. Pablo E. Sánchez Cerro, hermano del presidente de la primera Junta de Gobierno, que tuvo una gestión muy corta [101]. Sobre esta gestión, el Dr. Luis Ángel Ugarte comenta:

... Desgraciadamente, esta vez como todas, prima la política caudillista y lleva a la Dirección de Salubridad, no a la persona

especialmente capacitada sino a un allegado inmediato del Jefe del Estado que estuvo no solo alejado de toda actividad sanitaria sino aún del país y desconocía en absoluto el medio en que iba a actuar. Por otra parte la crisis económica por la que atravesaba el país y la infinidad de servidores de la causa revolucionaria que solicitaban premios a su adhesión y amistad a la citada causa, parecen que influyeron en la nueva organización... [112].

Seis meses después de aquel decreto, la junta de gobierno de Samanez Ocampo dictó la resolución suprema del 25 de marzo de 1931, por la cual se nombró una comisión para la reorganización de la Dirección General de Salubridad Pública, así como se creó la Contraloría de la Dirección de Salubridad. La organización que esta comisión planteó para la estructura central constaba de una dirección general, una dirección y siete secciones: de Sanidad General, de Demografía y Estadística Sanitaria, de Farmacia y Química, Legal y Administrativa, de Trabajo y Previsión Social, de Vigilancia de las Profesiones Médicas y Paramédicas, y de Descentralización Sanitaria [112].

Esa reorganización estuvo dificultada por los cambios frecuentes de las autoridades políticas y administrativas, lo que impidió mejoras significativas en la racionalidad de las estructuras y procesos. Expresión de la improvisación y la falta de continuidad en los cambios sucedidos en esos años es lo sucedido con la ubicación administrativa de la sección de Higiene Industrial, que originalmente ubicada en la Dirección de Salubridad pasó a depender de la Dirección de Fomento. Luego de 6 meses, por resolución suprema del 17 de junio de 1931, volvió a ser dependencia de la Dirección de Salubridad. Menos de un mes después de la anterior resolución, retornó a la Dirección de Fomento, ahora por una nueva resolución suprema del 10 de julio de 1931 [111].

La situación política y social casi caótica del país, en estos años de violencia, se manifestó, también, en la falta de continuidad de las autoridades de la Dirección de Salubridad. En el lapso de apenas 32 meses se sucedieron cuatro directores generales titulares, sin considerar otros cuatro directores generales interinos o

accidentales que ejercieron el cargo, en promedio, por cinco meses. Los cuatro titulares y el tiempo efectivo de su gestión fueron los siguientes: Sr. Pablo E. Sánchez Cerro (06/11/30 al 25/02/31), Dr. Mariano Pagador B. (11/03/31 al 05/01/32), Dr. Enrique Rubín (06/01/32 al 30/11/32) y Luis Vargas Prada (11/12/32 al 30/04/33, en la primera parte de su gestión); en promedio, cada uno tuvo menos de siete meses de gestión efectiva [101].

Además, como consecuencia de la crisis económica y fiscal, el presupuesto financiero de la dirección se redujo. Así, en 1929 alcanzaba a un total de 2,8 millones de soles, en tanto que en 1931 y 1932 ese monto alcanzó solamente a alrededor de 1,6 millones anuales, en soles oro corrientes. La disminución de un presupuesto tan exiguo repercutió fuertemente en los haberes del personal [101]. La preocupación por una administración transparente de recursos financieros tan escasos explica la resolución suprema, del 28 de diciembre de 1932, que ordena a la nueva Contraloría Sanitaria la revisión de las cuentas de las dependencias de la Dirección General de Salubridad [111]. Los problemas señalados explican el escaso éxito que, en función de la eficiencia y la eficacia, se obtuvo con los cambios organizativos de la Dirección de Salubridad. Al final del año 1933, el Dr. Luis A. Ugarte, en ese entonces Médico Sanitario Departamental del Cusco, hacía los siguientes comentarios sobre la estructura central de dicha dirección: “La Dirección técnica y ejecutiva de la Sanidad está encomendada a la Dirección General de Salubridad, dependencia del Ministerio de Fomento, organismo esencialmente burocrático, con un personal heterogéneo en el que el elemento técnico está representado por profesionales médicos dedicados al ejercicio profesional en ramos generalmente no afines con las funciones que desempeñan en Sanidad y que para ellos significa únicamente la ocupación de un tiempo libre y una forma más de completar una renta precisa para el sostenimiento de una situación social. En este organismo central están englobados los servicios locales de la capital y sus alrededores, con atribuciones no bien definidas y verificando incursiones frecuentes en las atribuciones municipales”.

Sus comentarios se hacen aún más críticos cuando se refiere a los directivos de la mencionada dirección:

Los funcionarios de sanidad llegan al cargo sin preparación especial, muchas veces sin aptitudes y sin concepto de la importantísima misión que se les encomienda; por otra parte, conscientes de su irresponsabilidad técnica y de su situación precaria esencialmente supeditada a la política personalista que los ha llevado al cargo, convierten a su vez la repartición que les está encomendada, en una agencia de colocaciones para poder servir mejor los intereses de los gobernantes y del partido que usufructúa el poder. En los últimos años esta situación se ha agravado con la multiplicidad de intereses que aportan los representantes a congreso, representantes del caudillismo provinciano y de los intereses personales de las huestes a que deben su incorporación al Congreso [112].

Deterioro de las oficinas sanitarias departamentales: 1930-1933

Las oficinas sanitarias departamentales, como dependencias de la Dirección de Salubridad, también sufrieron los efectos de la crisis, incluso en la falta de continuidad de sus directivos. Al respecto, el Dr. Enrique Villalobos, uno de los más destacados sanitaristas nacionales, daba el siguiente testimonio:

Estando yo de Médico Sanitario Departamental de Lambayeque estalla el movimiento de Sánchez Cerro, Leguía es depuesto; en tal ocasión, casi todos los funcionarios fuimos despedidos del cargo, porque se estimaba que éramos leguístas, cosa que no correspondía a la realidad [113].

En un período tan corto y con los problemas creados por la crisis, la situación de las oficinas departamentales no podía mejorar; peor aún, sufrieron un fuerte deterioro. Ugarte escribía al respecto:

En el resto del país, el servicio sanitario estaba representado teóricamente, por las Oficinas Sanitarias Departamentales... que nunca han tenido ni tienen existencia real, pues un médico con el título de Sanitario Departamental no puede constituir por sí solo una

Oficina Técnica si carece de personal auxiliar y de los más elementales medios para realizar la labor sanitaria más insignificante... En las provincias la sanidad está encomendada a los Médicos Titulares Provinciales, con las atribuciones múltiples que ya conocemos y entre las que predominan, en la práctica, las de orden médico legal y burocrático (expedición de certificados) limitándose las de orden sanitario a informes incompletos sobre la existencia de enfermedades infecto contagiosas y sobre el movimiento demográfico de la población. En el mejor de los casos supervigilan el servicio de vacunación para el que cuentan a veces y otras no, con un personal de vacunadores. Hay todavía muchas provincias que carecen de todo servicio sanitario o que lo tienen solo por cortas temporadas, pues el estado cultural de ellas es tal, que no es posible conseguir que haya médicos que quieran permanecer en ellas por largo tiempo [112].

Para completar sus duros pero veraces comentarios sobre la situación de la organización sanitaria, el Dr. Ugarte también analiza el nivel municipal y termina su testimonio diciendo:

Los Concejos Municipales están encargados de la higiene general de las poblaciones, de los servicios demográficos y estadísticos y en parte de la vacunación antivariólica. Con excepción tal vez de Lima y, a veces, de alguna otra ciudad importante, carecen en la generalidad de los casos del más elemental concepto de su misión al respecto; en el mejor de los casos se limitan a dictar ordenanzas aisladas en determinados aspectos de higiene local, sin preocuparse posteriormente de hacerlas cumplir [112].

Oficina Regional de Higiene, Sanidad y Asistencia Social del Oriente: 1931-1933

Por decreto ley N.º 7188, del 9 de junio de 1931, se estableció la descentralización sanitaria de los departamentos de Loreto, San Martín y Amazonas, creándose la “Oficina Regional de Higiene, Sanidad y Asistencia Social del Oriente”. Oficina que estaba subordinada directa e inmediatamente a la Dirección General de Salubridad. Inicialmente tuvo bajo su control y dependencia de to-

dos los servicios destinados a la atención de los leprosos, el personal de médicos titulares, los servicios de asistencia pública y de profilaxis de las enfermedades venéreas, el servicio de preparación de productos medicamentosos, el estudio de la flora y fauna regional, y el servicio de investigaciones médicas de laboratorio. La Oficina Regional tenía su sede en la ciudad de Iquitos y estaba a cargo de un médico director que actuaba como jefe de todos los servicios de salud ubicados en el ámbito regional. Las dependencias de los demás ministerios, que actuaban en ese ámbito, debían prestar el apoyo necesario, dentro del radio de su acción, a dicha oficina [111].

La alta letalidad de la epidemia de malaria en La Convención y Lares había provocado en el gobierno una revalorización de su acción en el área selvática. En el segundo considerando del decreto ley 7188 se argumenta:

Que la actual organización sanitaria del país, además de significar el predominio del centralismo, es necesariamente ineficaz cuando se trata de aplicarla indistintamente a zonas o regiones para las cuales no se legisló específicamente, [en tanto que en el quinto se precisa que las poblaciones de esos departamentos] han solicitado en repetidas ocasiones una mejor orientación en las cuestiones sanitarias que atañen a esos departamentos [111].

Fue el primer ensayo en el país, aunque de corta duración, de una estructura sanitaria desconcentrada para la administración de la atención integral de la salud de la población en un ámbito regional; es decir, se atendía de manera conjunta los aspectos sanitarios y asistenciales y se trascendía el ámbito meramente departamental.

Institutos de vacuna: 1896-1933

La bacteriología en el Perú

Inicios de la Bacteriología en el Perú: 1889-1919

La Bacteriología llegó a la sanidad nacional a través de la universidad. En 1889 el Dr. Ricardo Flores (1854-1939), un médico peruano que hacía poco había completado sus estudios de posgrado en París, dictó un curso libre de Técnicas Microscópicas y Bacteriología en la Escuela de Medicina de San Marcos. Fue él quien trajo el primer microscopio al país y se encargó de realizar los estudios hematológicos de Carrión enfermo. Según H. Valdizán, ese primer curso

representa, en rigor de verdad, el verdadero origen de la enseñanza de la Bacteriología en el Perú [114].

En 1890 fue creada la Cátedra de Bacteriología y Técnica Microscópica en la Universidad de San Marcos y el 21 de junio del mismo año le fue encomendada al Dr. David Matto (1860-1914). Para hacerse cargo de la cátedra, Matto llegó de Inglaterra, donde hacía poco se había graduado en la Escuela de Medicina Tropical de Londres. Previamente había concurrido como delegado del Perú al Congreso Internacional de Medicina (1889), donde se asoció a las investigaciones de Koch, y se había distinguido en 1887 por sus estudios del cólera asiático en Chile. La enseñanza de esta dis-

ciplina se inició el siguiente año cuando el gobierno otorgó un pequeño subsidio para el establecimiento de un modesto laboratorio para la docencia [107, 114].

Pronto la enseñanza de la Bacteriología se convirtió en uno de los ejes del currículo de formación de los nuevos profesionales que egresaban de la Escuela de Medicina de Lima:

Antaño... todos los esfuerzos se encaminaban a que la Escuela tuviera gabinetes de física, museo de historia natural, herbario, laboratorios de química y museo de anatomía patológica... Después de 1886 eran otras las instalaciones que se necesitaban puesto que la bacteriología reinaba (Leonidas Avendaño 1911).

Matto permaneció a cargo de la cátedra hasta 1914, año de su muerte:

bajo su tutela se formó la primera generación de bacteriólogos peruanos que consolidaron esta nueva especialidad en la Universidad [107, 114].

Le sucedieron en la cátedra los Drs. Abel S. Olaechea, entre 1914 y 1919, y Raúl Rebagliati, desde 1920. Además, otros dos hechos vinculados con la Enfermedad de Carrión impulsaron en el país el interés académico por la Bacteriología. El primero, que esta enfermedad, tal como lo señala Marcos Cueto, fue motivo de interés en muchas investigaciones médicas peruanas que se llevaron a cabo durante el periodo 1850-1930. El segundo, la presencia en el país de la expedición científica organizada, en 1913, por el nuevo Departamento de Medicina Tropical de Harvard, que estaba dirigido por Strong, para estudiar la mencionada enfermedad. Cueto señala, además, que son tres las causas que explican esta preferencia: la historia del sacrificio de Daniel A. Carrión como parte de la tradición médica local, el interés que el Positivismo había generado en el estudio de las enfermedades nativas y el estado mundial de la Bacteriología de la época, que ofrecía la oportunidad de lograr un descubrimiento original sobre la etiología de una enfermedad nativa [9]. A estas tres causas habría que agregarle una cuarta: la investigación bacteriológica sobre dicha enferme-

dad podía ser realizada en cualquiera de los laboratorios que surgieron desde 1903.

La misión de la expedición de Harvard en el Perú fue estudiar la verruga y la Fiebre de La Oroya; sin embargo, también prestó atención a la leishmaniasis nativa, conocida como “uta”, y a las infecciones causadas por protozoos que parasitaban los tejidos. En Lima las autoridades y los médicos peruanos prestaron apoyo a la expedición; así, la “British Central Railroad Company” dio facilidades para los estudios realizados entre Lima y La Oroya. En el informe final de la expedición se validaron los hallazgos de Barton con relación a la Fiebre de La Oroya; pero se cuestionó la hipótesis de los médicos peruanos de la unidad etiológica de esta entidad y de la Verruga Peruana. Strong creía, erróneamente, que un desconocido virus era el agente etiológico de la verruga [9].

Pero antes que las consideraciones académicas fueron las económicas y políticas las que justificaron la creación de laboratorios e institutos bacteriológicos públicos en el país. La élite nacional sabía que las epidemias y la alta prevalencia de enfermedades infecciosas ocasionaban pérdidas económicas crecientes y constituían grandes obstáculos para el éxito de sus políticas comerciales, laborales y migratorias. Por tales razones, para el Estado oligárquico fue importante y urgente garantizar un control más efectivo de dichas enfermedades mediante la creación de la Dirección General de Salubridad y el Instituto Municipal de Higiene de Lima; además de apoyar el establecimiento de laboratorios de bacteriología en los hospitales administrados por la Beneficencia Pública. El más importante de estos laboratorios fue el que se instaló en 1906 en el hospital Dos de Mayo, donde los estudiantes de Medicina realizaban su internado. Este mismo año se creó el laboratorio del hospital de Guadalupe del Callao, donde trabajó Alberto Barton, uno de los personajes claves de la investigación bacteriológica peruana. Además, desde 1904 el gobierno del Perú estableció dos becas anuales que eran otorgadas a los mejores estudiantes de Medicina para ir a estudiar a Europa; parte de esas

becas se destinaron a la especialización en Bacteriología y Medicina Tropical en París y Londres [9, 107].

Las consideraciones económicas y políticas también fueron las que prevalecieron en la argumentación que efectuó Strong para financiar la expedición científica de Harvard a la Costa este de América Latina. Su principal argumento fue que la investigación de las enfermedades tropicales era crucial para la expansión económica de los Estados Unidos: “la naturaleza de las enfermedades que existen en muchos de estos nichos-pestes deben ser primero investigada... capital y trabajo necesitan solamente seguirlas”.

Además, según anota Marcos Cueto, el interés especial de la expedición por el Ecuador y el Perú obedeció a las siguientes razones: primera, el puerto de Guayaquil y las zonas aledañas eran considerados como nichos de enfermedades tropicales y, en consecuencia, se podrían obtener materiales a ser utilizados en la instrucción de los estudiantes de Harvard; segunda, se conocía muy poco sobre esta área, en contraste con las otras de América Latina que habían sido estudiadas por la Armada de Estados Unidos, la “United Fruit Company” y por la activa comunidad de científicos brasileños; tercera, el misterio que rodeaba a la Fiebre de La Oroya y a la verruga peruana ofrecía la oportunidad de descubrir un nuevo microorganismo; cuarta, el potencial interés económico de las compañías americanas en la Amazonía del Perú cuna del árbol del caucho [9, 107]. En las dos primeras décadas del siglo xx, lo más destacado en el área de la Bacteriología nacional fue, entonces, la investigación sobre la Enfermedad de Carrión:

se inició a fines del siglo xix por los estudiantes de medicina que trabajaron sus tesis de bachillerato bajo la dirección del profesor de bacteriología David Matto. Los más destacados de ellos fueron: Alberto Barton, Oscar Herculles y Manuel O. Tamayo... Otros investigadores peruanos que trabajaron en el problema... durante los años 1900 a 1930 fueron. Julio C. Gastiaturú, Edmundo Escomel, Carlos Monge, Raúl Rebagliati, Telémaco Battistini, Pedro Weis y Daniel Mackehenie. Este grupo fue una parte importante de la élite científica de la época y fue capaz de desarrollar una carrera científica en viejas y nuevas instituciones [107].

Alberto Barton (1871-1950), descubridor del agente etiológico de la Enfermedad de Carrión, dirigió el laboratorio de bacteriología del Hospital Guadalupe del Callao, a su regreso de Europa donde fue enviado por el Congreso de la República para perfeccionar sus conocimientos médicos. Manuel Tamayo Möller (1878-1909), con estudios de perfeccionamiento en Francia y Alemania, fue uno de los investigadores formados por el italiano Biffi en el Instituto Municipal de Higiene. Oswaldo Herculles Monterola (1873-1938) inauguró como director el Laboratorio Bacteriológico del Hospital Dos de Mayo [98].

La Bacteriología durante el “Oncenio” y la crisis: 1919-1933

Durante el primer quinquenio de la década de los veinte, los oficiales de la Fundación Rockefeller estuvieron a cargo de las investigaciones sobre enfermedades tropicales realizadas en el país. Dos de estos oficiales, el ingeniero William Wrightson y el Dr. Henry Hanson, llegaron a ocupar el cargo de Director General de Salubridad, entre junio de 1921 y julio de 1922. Su presencia en el más alto nivel de las decisiones político-administrativas favoreció el mayor apoyo de las agencias internacionales para estas investigaciones. La más conocida de éstas fue la efectuada por Hideyo Noguchi en la Sierra de Piura entre los años 1919 y 1920, que concluyó con el aislamiento del *Leptospira icteroides*, como supuesto agente etiológico de la fiebre amarilla; así como el desarrollo de una vacuna específica que comenzó a ser administrada inmediatamente bajo los auspicios de dicha fundación. Después de 1930 se estableció claramente que la *Leptospira* y consecuentemente su vacuna no estaba en absoluto relacionada con la fiebre amarilla.

En la segunda mitad de la misma década del veinte, la política sanitaria dio prioridad a las medidas operativas cotidianas de la Sanidad y, en consecuencia, se reorientó la utilización de los laboratorios públicos. Éstos tuvieron que concentrarse en la atención de las demandas crecientes de apoyo diagnóstico, hechas por los servicios de prevención y recuperación de la salud. La dedicación

al trabajo rutinario desplazó a la investigación bacteriológica. Para las autoridades políticas de esos años, el nuevo saber básico debía venir del mundo desarrollado y la sanidad peruana sólo debía limitarse a importarlo y aplicarlo; estaba implícito que las medidas aplicadas bajo la dirección de los expertos extranjeros no sólo eran eficaces sino suficientes para el control de las enfermedades.

Al referirse a la reorientación del trabajo bacteriológico peruano durante la segunda fase del “Oncenio”, Cueto enfatiza que no sólo se la puede explicar por la política sanitaria y la intervención de la Fundación Rockefeller: “No todos los bacteriólogos peruanos con estudios de postgrado en Europa regresaron al viejo continente para reactualizar sus conocimientos (...) La dispersión institucional y la ausencia de un claro liderazgo científico explica otra debilidad de la comunidad científica peruana... reproducían en el Perú lo que habían visto hacer con las enfermedades infecciosas europeas (...) Esta situación de estancamiento persistió hasta 1936 cuando Telémaco Battistini creó el Instituto Nacional de Salud”. Battistini había retornado en 1926, después de haber pertenecido al personal de investigación del Laboratorio Rockefeller en Estados Unidos [107].

Los primeros institutos en el Perú

Instituto de Vacuna: 1896-1902

Al final del siglo XIX se planteó en el país la necesidad de crear un “Instituto de Vacuna Animal”, en reemplazo del modesto “Establo Vaccinicus Animal” de la Exposición. Éste había sido organizado por Aurelio Alarco en 1889 y proveía de vacuna antivariólica a Lima y al resto del país, pero era necesario darle un mayor volumen a su producción. Alarco estaba a cargo de la Inspección de Higiene de la Municipalidad de Lima [115].

El 10 de abril de 1892, Ricardo Flores, entonces Inspector de Higiene del Concejo Municipal de Lima, fue comisionado por el gobierno de Borgoña para presentar un plan de organización del “Instituto Vaccinal” sugerido. Meses después, para el mejor cumplimen-

to de la ley de vacunación obligatoria, el gobierno dictó el decreto supremo de 14 de octubre de 1892, en el que se organiza y reglamenta el mencionado Instituto y se anuncia que “dependerá del Ministerio de Fomento”. En 1894 los Drs. M. C. Barrios y A. Pérez Roca lograron inocular con éxito a tres terneras, sirviéndose del virus animalizado que habían obtenido de París. De esta manera posibilitaron la producción de vacuna animal en el país. Al final de 1895, el instituto se limitaba a la producción de la vacuna antivariólica, en tanto que los sérums curativos eran importados regularmente de Francia. En ese año el instituto importó de París 100 frascos de sérum antipestoso, 100 frascos de sérum antiestreptocócico de Behring y 30 frascos de sérum antitetánico [116].

Durante el gobierno de Piérola, por R. S. de 22 de mayo de 1896 y de conformidad con la propuesta de Flores, fue creado el Instituto de Vacuna como una dependencia del nuevo Ministerio de Fomento. Asumiendo el gobierno central por vez primera la responsabilidad de la preparación de la vacuna. A partir de esta fecha el virus remitido por el Instituto Pasteur de París sirvió para preparar la vacuna, pasándola de ternera a ternera. De esta manera iba a quedar abandonada la inoculación vaccinal de brazo a brazo,

que tanto peligros entrañaba, desde el punto de vista de la transmisión de diversas enfermedades [116].

El primer director del nuevo instituto fue el Dr. José María Quiroga (1847-1904); quien

Durante la ocupación chilena contrajo el mérito de conservar el fluido vacuno sin remuneración alguna (M. González Olaechea 1905).

Entre las obligaciones asignadas al director del instituto destacamos: (i) tener en buena cantidad la vacuna animalizada, de acuerdo a las prescripciones de la ciencia; (ii) enviar a las Prefecturas de todos los departamentos la cantidad de vacuna necesaria; (iii) practicar la inoculación de la linfa en el instituto en días determinados; (d) elegir las terneras que deben inocularse. El instituto produjo vacuna de buena calidad, que incluso se exportó a

Ecuador y Bolivia. Dos años después de su creación, con el propósito de crear una junta de vigilancia y diversificar su producción, el reglamento del Instituto de Vacuna, aprobado en 1892, fue modificado por R. S. de 2 de mayo de 1898:

El Instituto tiene por objeto el cultivo de la vacuna y la preparación y conservación de todos los sérums que la ciencia descubra y que se consideren eficaces, para combatir las enfermedades infecciosas [65].

El 31 de enero de 1900, Quiroga informaba en su *Memoria Anual*:

Como resultado de una conferencia tenida con el anterior señor Ministro de Fomento sobre la utilidad e importancia de los sueros terapéuticos, llegamos a un acuerdo... para establecer una sección de serocultura... Entre las dolencias que hoy son justificables de los sueros terapéuticos, sin hablar de la Peste bubónica..., tenemos la difteria...; la coqueluche...; la septicemia..., y por último el carbón... Séame permitido tan sólo indicar que en razón del largo tiempo que algunos de estos sueros reclaman para su preparación —llegando en ocasiones hasta un año el tiempo requerido— nunca sería demasiada la actividad que se empleara en la organización de este nuevo servicio. Por la correspondencia que este Instituto sostiene con las autoridades políticas y municipales y con los médicos titulares de toda la República, tengo conocimiento de la casi total desaparición de formas graves de viruela, y (en caso de presentarse en formas de relativa benignidad) su carácter invasor es siempre victoriosamente combatido con la propagación de la vacuna que oportunamente remite este Instituto [117].

Instituto Municipal de Higiene: 1902-1933

El 28 de julio de 1884 fue inaugurado el “Laboratorio Químico Municipal”, bajo la dirección del Dr. José A. de los Ríos, quien no era bacteriólogo pero sí un destacado químico, profesor del curso en la Facultad de Medicina. Ocupó un modestísimo ambiente en el parque Neptuno. Diecinueve años después, debido a la acción

del alcalde Federico Elguera, dicho laboratorio fue trasladado al local del paseo 9 de Diciembre, que fue originalmente el pabellón del Perú en la Exposición Internacional de París de 1895 y que daría lugar al “Instituto Municipal de Higiene” [98].

El Instituto Municipal de Higiene, establecido en 1902 por el Concejo Municipal de Lima, fue inaugurado en 1903 y reemplazó al Laboratorio Químico Municipal. Especialmente contratado por la municipalidad, para hacerse cargo de la Dirección Técnica del Instituto, llegó al Perú, en 1902, el bacteriólogo italiano Ugo Biffi Gentile, ayudante del célebre Dr. Sannarelli de las universidades de Bologna y Roma. Biffi trajo un moderno equipo de bacteriología que convirtió al laboratorio municipal en el más moderno de su tipo en el país. La nueva entidad se dividió en dos secciones autónomas: la de Bacteriología, bajo la dirección del Dr. Manuel Tamayo, y la de Química, cuyo jefe fue el Dr. Carlos A. García. Biffi tuvo una corta permanencia en el país ya que regresó a Italia en diciembre de 1904; pero ello no impidió que formara un grupo de jóvenes que combinaron la práctica sanitaria con la investigación bacteriológica; entre los que se destacaron figuran: Tamayo, Gastiaturú y Rebagliati. En el año 1907, un médico de Chicago que visitaba Lima dio testimonio de que:

La institución que da más prestigio a la ciudad de Lima es su Instituto de Higiene. Está colocado enfrente de la Exposición Permanente, en un magnífico edificio de dos pisos dedicados exclusivamente á investigaciones y trabajos científicos [118].

En 1913, durante la estadía en el Perú de la comisión de Harvard, el bacteriólogo peruano Julio C. Gastiaturú, entonces director del Instituto Municipal de Higiene, se incorporó al equipo de trabajo conducido por Strong. Fue en los laboratorios de este instituto donde se realizaron los experimentos de la comisión de Harvard, tanto con animales, como con un interno del hospicio de Insanos El experimento humano, tal como lo puntualiza el mismo Strong, fue autorizado por el director del hospicio, Dr. David Matto, quien, además de psiquiatra, era profesor de Bacteriología en la Universidad de San Marcos.

Julio César Gastiaturú (1881-1960) había reemplazado desde 1909 a Tamayo, después de la muerte de éste, y luego ocupó el cargo de director del Instituto Municipal de Higiene hasta septiembre del año 1930. Durante su gestión en el “Oncenio”, el instituto tuvo que concentrarse cada vez más en tareas rutinarias, tales como el análisis de agua potable y comestibles, exterminio de ratas y producción de sueros y vacunas. La demanda de estas tareas desbordó las capacidades institucionales porque las necesidades de la ciudad estaban creciendo rápidamente, mientras el personal y los recursos del instituto iban disminuyendo. Las sucesivas memorias de la entidad indican que la investigación estaba estancada desde 1920 y que el otrora mejor laboratorio bacteriológico de Lima estaba en franco deterioro. No obstante, en esos años la municipalidad inició la potabilización del agua, que se consumía en Lima, por medio del cloro [107, 119]. La situación del instituto, al igual que las demás entidades públicas, empeoró con la crisis de los años treinta.

Instituto Nacional de Vacuna y Seroterapia: 1902-1933

Dos años después de lo informado por Quiroga en su memoria de 1900, se aprobó el decreto supremo del 21 de marzo de 1902, mediante el cual se reorganizó el Instituto de Vacuna del Ministerio de Fomento, que cambió su denominación por la de “Instituto de Vacuna y Seroterapia”, y apertura una sección encargada especialmente para el cultivo y conservación de los “serums” que se empleaban para el tratamiento de ciertas enfermedades infecciosas. Posteriormente, por resolución suprema del 20 de enero de 1905, se ordenó al instituto, en ese momento dependencia de la Dirección de Salubridad, que contactara con uno o más institutos de Estados Unidos y Europa para el envío mensual de sueros antidiftérico, antitetánico y antipestosos. Estos sueros se suministraban al público en general a precios de costo, pero a los menesterosos se les daba en forma gratuitamente.

El reglamento del “Instituto Nacional de Vacuna y Seroterapia” fue aprobado por resolución suprema del 16 de marzo de 1906.

En ella se explicita que está “bajo la dependencia y vigilancia inmediata y científica de la Dirección de Salubridad”; además que la distribución de la vacuna será gratuita en tanto que la de los sueros curativos se hará conforme a lo dispuesto en la R. S. del 20 de enero de 1905 [65].

En opinión del Dr. Leonidas Avendaño, el instituto recién inició su orientación científica con el nombramiento de un nuevo director, el Dr. Ramón Ribeyro (1877-1933)

auténtico bacteriólogo y serólogo con estudios de postgrado en el Instituto Pasteur de París y que supo darle a la Institución seriedad y prestigio [98].

Poco tiempo después de egresado de la Facultad de Medicina, siendo Ribeyro entonces jefe técnico del Laboratorio de Bacteriología del Instituto, fue enviado a Europa por el gobierno de Manuel Candamo para perfeccionar sus estudios en Bacteriología y en Vacuna Jenneriana. Hizo estos estudios en el Instituto Pasteur; visitó y estudió la organización de todos los establecimientos vaccinales de Europa. Publicó, en 1907, un importante informe sobre esta clase de establecimientos y sobre las reformas que debían hacerse en el Perú tanto en el centro vaccinógeno como en la lucha contra la viruela. Habiendo muerto Quiroga en diciembre de 1904, Ribeyro fue nombrado, el 15 de febrero de 1906, como director del instituto, cargo que desempeñó durante 15 años, en los que modificó los métodos de cultivo y preparación y control de la vacuna. En 1914 fue nombrado profesor titular de Parasitología en la Facultad de Medicina, cargo que desempeñó hasta su muerte [120].

La creciente importancia que adquiriría el empleo de los sueros específicos y de las vacunas microbianas en el tratamiento y la prevención de las enfermedades infecciosas, así como el prestigio de Ribeyro explican el contenido de la resolución del 13 de julio de 1917 por la cual se ordenó al Ministerio de Fomento el

estudiar la organización que debe tener un Instituto Nacional de Higiene que se encargue de la preparación de sueros específicos y de vacunas microbianas...; de las investigaciones etiológicas y epidemiológicas de las enfermedades infecciosas

autóctonas de nuestro país, de la preparación de personal sanitario y de las demás funciones que desempeñan los institutos análogos de otros países. En armonía con la organización... proceda también el mismo Ministerio a hacer estudiar los planos y presupuestos de los edificios que deben constituirlo. Inclúyase en el pliego respectivo... para el año próximo de 1918, la suma de ocho mil libras para la iniciación de las construcciones del Instituto indicado, el que se ubicará en esta capital [65].

Al final de la gestión de Ribeyro, durante la primera fase del “Oncenio”, por Decreto Supremo del 20 de mayo de 1921 se reorganizó el “Instituto Nacional de Vacuna y Seroterapia”. El gobierno había decidido ampliar las capacidades del Instituto para aumentar y diversificar su producción de biológicos sanitarios; ejercer debidamente “el control de los servicios de vacunación antivariólica y antitífica que le están encomendados” y realizar investigaciones para el estudio de las enfermedades infectocontagiosas endémicas en el país. En la nueva organización se distinguían tres secciones: la de Peste, la de Seroterapia y la de Vacunas. En la misma norma se precisaba el presupuesto para su sostenimiento y las rentas correspondientes. Desde el punto de vista administrativo continuaba siendo una dependencia de la Dirección General de Salubridad.

Pocos meses después de su reorganización, por decreto supremo del 20 de octubre de 1922, se encargó al instituto la organización de un servicio gratuito para el diagnóstico precoz bacteriológico de las infecciones tíficas, paratíficas y colibacilares. Luego, en agosto de 1924, se le encargó el control y la vigilancia de los sueros, vacunas y salvarsanes. De 1921 a 1930 el jefe de la Sección de Seroterapia del instituto fue el Dr. Guillermo Almenara, futuro Ministro de Salud. Finalmente, por Resolución Suprema del 26 de abril de 1929 se ordenó la creación de una sección encargada de preparar y difundir la vacuna antituberculosa de Calmette [101, 111].

Control de enfermedades infectocontagiosas: Perú, 1877-1933

Normatividad básica específica

Normas de control en la Sanidad Marítima y su cumplimiento

A partir de 1887 las medidas de control de enfermedades infectocontagiosas tenían que realizarse de acuerdo a los procedimientos establecidos en los Títulos I y III del Reglamento General de Sanidad. En sus capítulos (i) de las visitas a los buques, (ii) de las patentes, (iii) de las cuarentenas, (iv) de los procedimientos para la práctica de los reconocimientos o visitas y de las cuarentenas, (v) del expurgo y desinfección y, finalmente, (vi) de los lazaretos para la Sanidad Marítima.

En marzo de 1888 el gobierno peruano convocó, en Lima, el Congreso Sanitario Americano que se llevó a cabo con delegados del Perú, Chile, Bolivia y Ecuador. En este congreso se formuló un proyecto de Reglamento Sanitario Internacional y se aprobaron conclusiones técnicas sobre información sanitaria y profilaxia del cólera y de la fiebre amarilla. El antecedente inmediato del evento había sido el decreto de incomunicación absoluta que se había aprobado en Chile y en Argentina por la aparición de un brote epidémico del cólera asiático. Se trataba, en realidad de

evitar la repetición de ese caso y aprovechar, en servicio de los intereses comerciales y de la salubridad de los pueblos, de los adelantos de las ciencias médicas en el campo de la Higiene... [121].

No obstante dichos acuerdos, en el Perú no se cumplía con la construcción de los lazaretos marítimos previstos por el Reglamento General de Sanidad y tenían que seguirse aplicando medidas de interdicción o incomunicación absoluta en situaciones de peligro de importación de una enfermedad pestilencial. En las sesiones de la Junta Central de Sanidad, la agenda estaba casi siempre vinculada con la clausura de puertos e imposición de cuarentenas. Es así, por ejemplo, que en la sesión celebrada el 12 de septiembre de 1892, con asistencia del Sr. Ministro de Justicia y Beneficencia, presidente de dicha junta, se tomaron los siguientes acuerdos:

... que quedaran cerrados todos los puertos de la República, para las procedencias directas de Europa que hubieran salido después del 15 de agosto; y que se someta a cuarentena de observación a las procedencias que hubiesen tocado en puertos del Pacífico, y que hubiesen sufrido en ellos la respectiva cuarentena y traigan patente limpia, sin haber ocurrido a bordo caso alguno que modifique el carácter de la patente... Se acordó nombrar médicos titulares para Paita, Ilo, Mollendo y Salaverry, a fin de que hicieran las visitas durante la epidemia del cólera... La Facultad de Medicina presentará las propuestas respectivas. Respecto al Lazareto del Callao se acordó estudiar la conveniencia de construirlo en la isla de San Lorenzo, de una manera definitiva o provisional... [122].

En 1907 ya operaban en el país las estaciones marítimas de los puertos Ilo, Callao y Paita, creadas por ley del 25 de octubre de 1903. Cada una de ellas tenía un aparato *clayton* para la desinfección de los buques y la carga, instalaciones especiales en tierra para el examen y desinfección de los equipajes, además de lazaretos para la observación y aislamiento de los casos sospechosos. También operaba la estación de cuarentena, instalada frente a la bahía del Callao; así como las subestaciones sanitarias en los puertos de Salaverry, Pacasmayo y Mollendo que disponían también aparatos y medios de desinfección. En los demás puertos donde no existían estaciones sanitarias habían médicos sanitarios de puerto que ejercían la vigilancia sanitaria del tráfico marítimo [94, 118].

Al iniciarse el siglo xx, los nuevos resultados de los estudios bacteriológicos y epidemiológicos fundamentaron la importancia de la revisión de la normatividad vigente para el control de dichas enfermedades transmisibles. Revisión que se convirtió en una preocupación central de las autoridades políticas. Así, por decreto supremo del 11 de marzo de 1910 se modificó el Reglamento General de Sanidad en lo referente a la sanidad marítima, teniendo como base las propuestas del Consejo Superior de Higiene; se trató de armonizarlo de acuerdo a los avances sobre la profilaxis de dichas enfermedades [65]. Un año después, por D. S. del 24 de marzo de 1911, se aprobó el Reglamento de Médicos Sanitarios del Puerto. Finalmente, el Perú formó parte de la VII Convención Sanitaria Panamericana de La Habana que adoptó ad referendum, el 14 de noviembre de 1924, el Código Sanitario Panamericano.

Al final del año 1928 la Sanidad Marítima, dependencia de la Sección de Higiene y Servicios Sanitarios de la Dirección de Salubridad, ya ejercía el control de las actividades de los médicos sanitarios de puerto quienes tenían la obligación de hacer cumplir las disposiciones del Reglamento de Sanidad Marítima de 1910 y del Código Sanitario Panamericano de 1924. La Sanidad Marítima

vigila por medio del personal subalterno las estaciones sanitarias, las cuarentenas, los lazaretos marítimos, la profilaxis social controlando la inmigración de los elementos extranjeros [123].

Normas de control en la Sanidad Terrestre y su cumplimiento

A partir de 1887 las medidas de control terrestre de enfermedades infectocontagiosas tenían que realizarse de acuerdo a los procedimientos establecidos en los Títulos I y III del Reglamento General de Sanidad; en sus capítulos (VIII) de las endemias, epidemias y epizootias; (IX) de la vacuna; y, (XI) de la estadística general y demografía médica, para la Sanidad Terrestre. Luego se aplicarían, adicionalmente, las establecidas por acuerdos internacionales de tipo panamericano o fronterizo. Pero los procedimientos de Sanidad Terrestre no se cumplían cabalmente en el país. En 1901, Coni,

uno de los investigadores citados, criticaba la precariedad de las actividades de control de enfermedades infectocontagiosas en el Perú; al respecto comentó:

El servicio de desinfección pública no está organizado en Lima y menos en el resto de la República. Nada hay sobre el particular. La única práctica que se sigue es la desinfección de las habitaciones donde ha habido un caso de fiebre eruptiva o de fiebre amarilla, que siempre es importada desde el exterior. La desinfección la practican los empleados de la Inspección de Higiene de la Municipalidad, tanto en Lima como en el Callao. Los procedimientos son muy deficientes y primitivos, puede decirse ilusorios [71].

Recién en 1923, durante el “Oncenio” de Leguía, se fundó en Lima, por iniciativa privada, la “Compañía Nacional de Higiene y Desinfección”. Esta compañía se encargaba de realizar desinfecciones, fumigaciones y desinsectizaciones en establecimientos públicos y privados mediante una tarifa establecida con la Dirección General de Salubridad. Posteriormente, por sucesivas resoluciones supremas —aprobadas entre julio de 1924 y agosto de 1927— la compañía fue reconocida como la entidad oficial encargada del cumplimiento de las disposiciones sanitarias relativas a las fumigaciones y desinfecciones obligatorias en el territorio nacional. Posteriormente, después de la caída de Leguía, por una serie de problemas que se detallarán en páginas posteriores, la compañía fue desactivada.

Normas sobre la notificación de enfermedades infectocontagiosas

A partir de 1906 se realizaron importantes avances normativos con relación a la obligatoriedad en la declaración y control internacional de casos de enfermedades infectocontagiosas. El gobierno, por resolución del 23 de agosto de 1906, aprobó la Convención Sanitaria de Washington, de fecha 14 de octubre de 1905, de la cual el Perú era signatario. En cumplimiento del artículo 1º de esta convención, el gobierno estaba obligado de informar a los otros go-

biernos signatarios los casos de cólera, de peste bubónica y de fiebre amarilla que ocurrieran en su territorio, por lo cual debía hacer obligatorio en el país la notificación de los casos de tales enfermedades. Por tal motivo y teniendo como base un informe solicitado a la Facultad de Medicina, se dictó el decreto supremo del 23 de junio de 1916 que hizo obligatoria, en el todo el país, la declaración de casos comprobados o sospechosos de cólera, fiebre amarilla, peste bubónica y tracoma; así como los casos comprobados de viruela, tifus exantemático, lepra y beriberi. En esos años, el beriberi era considerado una enfermedad transmisible grave.

Cinco meses después de ese decreto, en noviembre de 1916, se promulgó la Ley N.º 2348, que hizo obligatoria en todo el territorio nacional la declaración y aislamiento de los casos comprobados o sospechosos de enfermedades infectocontagiosas, así como la desinfección correspondiente. La enumeración de las enfermedades declarables la tenía que hacer el Poder Ejecutivo oyendo al respecto la opinión del Consejo Superior de Higiene. Pero recién en 1924, ocho años después de promulgada la Ley N.º 2348, se completó su reglamentación y se pudo exigir la declaración obligatoria de tales casos. Esta reglamentación fue establecida con los decretos supremos aprobados entre 1917 y 1924. En el último de estos dispositivos se enumeran 20 enfermedades de declaración obligatoria [61]. A pesar de esa obligatoriedad, la información registrada sobre las enfermedades infectocontagiosas en el país continuó siendo escasa y poco confiable.

Servicio de vacunación antivariólica

Sanidad municipal y vacunación obligatoria: 1877-1908

En los años 1879 y 1885 recrudeció la viruela en Lima. Leonidas Avendaño verificó lo evidente, que las normas de vacunación no se cumplían con la responsabilidad debida; asimismo advirtió que en el año 1885 había aumentado el número de defunciones por viruela, “tan rápidamente, hasta tal punto que la alarma ha cundido por toda la ciudad”; además informó que sólo estaban vacu-

nados cerca de la mitad de los niños de Lima, recomendando que la vacunación debía ser obligatoria y libre y no de competencia exclusiva de la Sanidad municipal:

Y esto es tanto más necesario, cuanto que cuatro individuos que son los que componen el cuerpo municipal de vacuna, son insuficientes para una población como Lima, que tiene más de 120,000 habitantes [124].

Casimiro Ulloa propuso, en 1885, las siguientes medidas para disminuir la mortalidad por viruela: aislamiento de los variolosos en hospitales especiales, la desinfección de los hospitales donde se asistían variolosos; así como la incineración de los cadáveres [115]. Asimismo, se plantea la necesidad de crear un “Instituto de Vacuna Animal” para garantizar la disponibilidad de una vacuna segura y de calidad; iniciativa que años después va a dar lugar al “Instituto Nacional de Vacuna y Seroterapia”.

El 3 de enero de 1896, Piérola y su Ministro de Fomento, López de Romaña, promulgaron la “Ley de Vacunación Obligatoria”. En ella se declaró obligatoria la vacunación y revacunación antivariólica en toda la República; para ello se encargó a los concejos provinciales el estricto cumplimiento de lo dispuesto y se les ordenó, para tal efecto, rentar el número de vacunadores que fueran necesarios. Además se otorgó una subvención anual de diez mil soles para el Instituto Vaccinal de Lima, siendo responsabilidad de éste remitir a los concejos provinciales la suficiente cantidad de vacuna. Sin embargo, la escasez de las rentas municipales no permitieron, a la mayoría de los concejos municipales provinciales, cumplir con lo ordenado por esta ley. Los escasos resultados obtenidos por la aplicación de dicha ley determinaron que nueve años después se promulgara otra una nueva ley, el 27 de noviembre de 1905, en la cual se reitera la obligatoriedad en toda la República de la vacunación y revacunación antivariólica; para que esto se cumpliera se autorizaba al Poder Ejecutivo dictar las ordenes y reglamentos necesarios para su mejor cumplimiento.

Servicio de Vacunación y Revacunación: 1908-1933

Tratando de corregir las inconsistencias de la “Ley de Vacunación Obligatoria” se aprobaron dos normas el año 1908: el “Reglamento del Servicio de Vacunación y Revacunación Antivariólica” (decreto supremo de 8 de julio); y la Ley N.º 854 (promulgada el 23 de noviembre) que exoneró a las municipalidades de la obligación financiera que les había impuesto la ley de 1896, asignándola al Ejecutivo, aunque se precisó que “en casos extraordinarios las Municipalidades podrán nombrar vacunadores y sostenerlos con sus propios fondos”.

Por su parte, el art. 22 del citado reglamento precisaba lo siguiente:

Se establece un Servicio normal, permanente, de vacunación antivariólica en el territorio de la República, que será desempeñado por un personal de vacunadores departamentales y provinciales que nombrará el Gobierno (Central), por el Instituto Nacional de Vacuna de Lima, por los médicos y vacunadores municipales, médicos del Servicio de Sanidad Militar y Naval, médicos inspectores de escuelas, y demás personas a quien el Gobierno autorice para este objeto [65].

Luego de nueve años de aprobadas esas dos normas, la evaluación de la campaña antivariólica mostró que los resultados de su aplicación seguían siendo insatisfactorios. Se concluyó, entonces, que una de las principales causas de este hecho era la falta de control y vigilancia de las acciones de vacunación practicadas en las provincias. Para evitar esta omisión, por parte de las autoridades políticas y municipales responsables, se dictó el D. S. del 2 de marzo de 1917 el cual ordenaba:

Los Prefectos de los Departamentos tendrán a su cargo la supervigilancia de la vacunación que se lleve a cabo en el territorio de su jurisdicción [65].

En la década de 1920 la ausencia de brotes importantes de viruela en las ciudades, y especialmente en Lima, hizo que se aminorara el interés primitivo de las autoridades políticas y académicas

sobre la vacuna antivariólica, a pesar de que esta enfermedad nunca dejó de ser un problema de gran magnitud en el área rural, especialmente entre los campesinos de los departamentos más pobres.

Las dificultades en el transporte de la vacuna, por la falta de vías de comunicación, su deficiente conservación, por la carencia de equipos de refrigeración, en los lugares más apartados, la ausencia de servicios de salud debidamente organizados y equipados, fueron los problemas, que por muchos años atentaron contra la erradicación de la enfermedad en el Perú [125].

Finalmente, después del derrocamiento de Leguía y de manera similar a lo que sucedió con otros servicios públicos se ordenó la reorganización del Servicio de Vacunación Antivariólica, en este caso por resolución suprema del 1º de abril de 1931 [111].

Control de la peste

El problema de la peste en el país: 1903

Actualmente se sabe que la “peste” es una zoonosis que afecta a los roedores y sus pulgas, las cuales transmiten la infección bacteriana a diversos animales y a las personas. La “peste humana” se adquiere naturalmente como consecuencia de la introducción del hombre en el ciclo zoonótico durante una epizootia o después de ella, así como por la introducción de roedores o sus pulgas infectadas en el hábitat de las personas. La causa más frecuente de exposición, que culmina en la enfermedad humana, es la picadura de pulgas infectadas. La peste humana de contagio natural suele tener la forma de “bubónica”, aunque también puede adoptar las mortales formas “neumónica” y “septicémica”. La peste bubónica no tratada conlleva una tasa de letalidad de 50 a 60%; sin tratamiento, la peste septicémica primaria y la neumónica son mortales [126].

Durante muchos siglos la peste había sido el ejemplo por excelencia de la enfermedad “pestilencial exótica” mortalmente peligrosa. Había generado en el medioevo las dos epidemias mayo-

res del mundo occidental, la “plaga” del reinado de Justiniano (542 años d. C.) y la “Muerte Negra” de 1348. Al final del siglo XIX, recién en 1894, Yersin y Kitasato identificaron su agente etiológico: el bacilo de la peste o *Yersinia pestis*. Dos años después apareció, en 1896, otra gran epidemia de peste en Asia y en la India, pero las medidas de control seguían siendo las mismas que en el pasado; en consecuencia en 1904 ya se había extendido al mundo occidental y se había producido un millón de muertos por año [127]. Las ratas de barco y sus pulgas transportaban esta plaga a los principales puertos del mundo y en muchos países el bacilo de la peste se estableció como parásito de la población local de roedores. En 1903 el Perú fue el primer país de la Costa este de Sudamérica que fue invadido por la peste.

La peste ingresó al Perú por los puertos de Pisco y el Callao casi al mismo tiempo. En el Callao el primer paciente, del quien se tiene referencia, enfermó el 28 de abril y el diagnóstico de peste fue hecho en otro caso el 7 de mayo. Diez obreros del molino “Santa Rosa” enfermaron entre el 28 de abril y el 7 de mayo y fueron catalogados como sospechosos de peste; cuatro de ellos murieron súbitamente y dos fallecieron después de estar enfermos durante dos o tres semanas (60% de letalidad). Un número inusual de ratas muertas fue reportado en el molino y en otras partes de la ciudad del Callao. Por otro lado en Pisco el primer caso de peste fue diagnosticado el 5 de mayo; era un trabajador de una casa-aduana. Luego se reportó también entre empleados de la casa-aduana, una muerte sospechosa el 1 de mayo y un caso aparente días antes. Además, ratas muertas habían sido encontradas en el piso de la misma casa-aduana durante la última parte del mes de abril [128].

Hubo consenso en considerar que la peste había sido importada a través de ratas enfermas de un barco infectado, antes que de mercancías contaminadas; pero no hubo acuerdo sobre la fuente de origen. Los barcos mencionados al respecto fueron el “Serapis”, de Bangkok, que había dejado su carga de arroz en el Callao y Pisco en diciembre del año anterior; además del “Amasis”, buque alemán que había salido de San Francisco y que arribó al Callao en

febrero, después de estar en cuarentena en varios puertos, y luego llegó a Pisco en el mes de marzo transportando madera y alimentos. La plaga se extendió rápidamente a lo largo de la Costa peruana infectando los principales puertos en el curso de dos años y alcanzando, eventualmente, comunidades del interior del país. Al finalizar el año 1903 se habían registrado 172 casos humanos y al final del año 1904 se había detectado un total de 940 casos en ocho localidades de la Costa y una en la Sierra [129].

La mayoría de los casos de peste registrados en el país fueron de la forma bubónica, siendo la buba inguinal la localización más común. De acuerdo a los registros del cuatrienio 1904-1907, menos del 3% de los casos fueron de la forma pneumónica. En junio de 1904 seis casos pneumónicos fueron reportados cerca de Paita y una de las epidemias en el departamento de Junín originó 21 casos pneumónicos [129].

La campaña de Lima: 1903-1906

La preocupación social por la alta letalidad de las enfermedades “pestilenciales exóticas” se transformó en alarma nacional cuando los primeros casos de peste bubónica se presentaron en Lima y el Callao: 42 casos en 1903 y 405 en 1904. Aunque, según destaca Cueto [130], mayor alarma causó en la oligarquía-civilista la noticia de que la peste provocaría una estricta cuarentena en el Callao la cual aislaría comercialmente al país:

No se trata ya simplemente de salvar vidas sino de salvar nuestros intereses económicos y fiscales. (Editorial del diario *El Comercio*, septiembre 14 de 1903, p. 2.)

Cuando la peste superó, en 1903, las barreras de la cuarentena, que era la principal medida de control de esos tiempos, se hicieron evidentes las dificultades orgánicas para un trabajo unificado y efectivo contra esta invasión; estas dificultades fueron derivadas de la superposición de las atribuciones del gobierno central y de los concejos provinciales en el campo de la salubridad.

En respuesta a esas dificultades en el ámbito nacional se creó la Dirección General de Salubridad y se definió un amplio programa de trabajo en adición a la organización de las campañas locales contra la plaga.

Para organizar la campaña de Lima se creó, a comienzos de 1904, la “Junta Directiva de la Campaña contra la Peste Bubónica de la Provincia de Lima” y se potenció el recientemente creado Instituto Municipal de Lima que en 1903 ya tenía contratado a Biffi. La junta, organizada al estilo de las que se formaban durante las epidemias del siglo XIX, fue financiada por el Estado y estuvo constituida por representantes de la Dirección de Salubridad, la Municipalidad, la Beneficencia Pública y la Cámara de Comercio de Lima. Juan B. Agnoli, Inspector de Higiene en la administración de Elguera, fue nombrado presidente y tesorero de la junta [131].

La campaña de Lima consistió en la aplicación de suero antipestoso junto con el aislamiento de los apestados, la desinfección, clausura y ventilación de los domicilios donde habían residido los enfermos, así como la incineración de sus objetos personales; además se realizó la desratización de la ciudad. La junta, dirigida por Agnoli, llegó a emplear a poco más de 100 peones encargados de la visita a los domicilios, el traslado de los enfermos al Lazareto, el entierro de los muertos y, subsidiariamente, a la caza de roedores. Agnoli también dirigía a los albañiles encargados de tapar las bocas de las madrigueras de las ratas, echar alquitrán a los zócalos, destruir los tabiques y cielos rasos donde podían entrar los roedores y, eventualmente, destruir las edificaciones. Asimismo, una policía de salubridad estaba dedicada a vencer la resistencia de la población a tales medidas [131]. Las prioridades de la campaña fueron: la identificación de los casos, el aislamiento de los enfermos y la rápida inhumación de cadáveres. La cacería de roedores y la incineración y reconstrucción de locales no llegaron a ser importantes durante la campaña. La distribución del suero Haffkine y la vacuna Yersin fue objeto de polémica [130].

Los efectos inmediatos de la campaña fueron un descenso de la incidencia en Lima y el Callao: de 405 casos nuevos, en 1904,

se disminuyó a 157 en 1905 y a 118 casos en 1906; sin embargo estos logros eran insuficientes. Cuando en 1906 Agnoli evaluó esta primera campaña confesó que la peste seguía una “marcada tendencia a la endemidad”. Algo que le llamó la atención fue que después de un año y medio el número de ratas capturada era más o menos el mismo. Atribuyó este resultado a las limitaciones económicas de la campaña, la ignorancia de la población y sus deplorables condiciones de vida y de vivienda, donde el deterioro de las mismas estaba en relación directa con la reproducción de las ratas:

Mientras cerros de basuras se hallen a pocos metros de los barrios más poblados, mientras la gente viva aglomerada en callejones húmedos, estrechos y desaseados, mientras en las construcciones se sigan usando materiales inaparentes e higiénicamente condenables, sería irrisorio hablar de saneamiento [131].

La Campaña Nacional Antipestosa y sus resultados: 1904-1929

La Dirección General de Salubridad organizó, en adición a las campañas locales, una campaña nacional contra la plaga: lazaretos fueron construidos o improvisados para el aislamiento de los pestosos; tres estaciones marítimas sanitarias fueron construidas para evitar la posterior reintroducción de la enfermedad y su diseminación a los puertos extranjeros desde el Perú, así como fueron instrumentadas otras medidas de control. A pesar de estos esfuerzos de organización, los respectivos roles de los cuerpos centrales y municipales no fueron claramente definidos y los gobiernos provinciales seguían celosos de su autoridad en materias de sanidad local, construcción de viviendas e higiene urbana, por lo que superado el terror inicial a la peste volvieron a presentarse interferencias. Además aunque el Perú ratificó el 23 de agosto de 1906 la Convención Sanitaria de 1905, que incluía varias medidas orientadas a evitar la difusión de la peste por las ratas, aquéllas no fueron debidamente implementadas. En la práctica las acciones de control, realizadas entre 1903 y 1929, se concentraron

especialmente en el elemento humano, mientras que la acción contra las ratas se efectuó esporádicamente; contra el vector pulga las acciones fueron nulas. Las acciones en general se caracterizaron por ser dispersas, discontinuas, limitadas a los momentos de crisis y variables según localidad [61, 65, 132, 133].

En 1925, Lorente y Flores Córdoba informaron que, como parte de la campaña nacional, la vacuna antipestosa fue utilizada en escala masiva en Piura, Cajamarca, Lambayeque, La Libertad y Lima y que aplicada en invierno, mantuvo aquellas áreas libres de plaga. En 1931, Eskey comentaba al respecto: “la vacuna profiláctica ha reducido probablemente la incidencia humana en alguna extensión”. Además, el suero antipestoso era el tratamiento acostumbrado para casos de peste [129].

Pero, hacia 1910 la peste peruana, inicialmente epidémica y portuaria, se había transformado también en un problema rural endémico, especialmente en el norte peruano, debido a que las ratas del campo y luego los cuyes domésticos fueron infectados. Alrededor del año 1919 la peste comenzó a extenderse con intensidad en las regiones andinas de poca altura, como son las sierras de Piura, Lambayeque y Cajamarca. La peste se había asentando en Lima y en la Costa norte, con un promedio anual de 722 casos humanos para el período 1903-1923:

... su presencia en la Costa constituye para nuestro país una amenaza de futuras dificultades en el comercio con el exterior, derivadas de las restricciones que conforme a los últimos acuerdos internacionales deben sufrir los puertos infectados por ella,... desde su aparición hasta el año 1923 ha producido 16,665 casos, de los cuales fueron fatales 8,565 [19].

En el siguiente sexenio, entre 1924 y 1929, se registraron 2 816 casos con un promedio anual de 469 casos humanos. Entre 1903 y 1929 la peste había tenido su más alto pico de incidencia en 1908, con 1 691 casos en 53 focos; tuvo un segundo pico en 1926, con 1 200 casos en 66 focos, que siguieron a las lluvias torrenciales y las consiguientes inundaciones del año anterior. Las lluvias inundaron las guaridas de los roedores y favoreció con ello la inva-

sión de las viviendas por las ratas. No sorprendió, en consecuencia, que el impacto de las acciones de control no fuera satisfactorio: en el año 1929 se registraba aún 311 nuevos casos en 40 focos y habían, al final del mismo año, 12 departamentos estaban infectados y en ellos 39 provincias [61, 65, 132, 133].

De acuerdo a los estudios epidemiológicos de Eskay, la extensión y la persistencia de la peste humana en el Perú dependía principalmente del hecho de que las ratas encontraban muy seguros los edificios de los puertos y ciudades, así como las viviendas rurales para establecer sus guaridas:

No hay duda que la extensión de la infestación murina de los edificios ha determinado la morbilidad de la plaga en las diferentes comunidades del norte y del sur del Perú, de manera indiferente a las diferencias de condiciones climáticas (Eskey 1932).

Las características de esos edificios y viviendas serán comentadas más adelante al tratar el tema “9. Saneamiento Ambiental en el Perú”. Otros problemas no superados durante la primera campaña nacional fueron las limitaciones económicas y de acceso geográfico para el trabajo sanitario en provincias; estas dificultades eran más acentuadas en aquellas zonas donde las municipalidades no contaban con recursos suficientes para la baja policía, recibían tarde o insuficientemente los materiales para combatir la peste y duplicaban sus funciones con los prefectos [129, 130]. El Perú tuvo la poca feliz distinción de haber tenido más casos de peste que cualquier otro país de América en el primer tercio del siglo xx y que, desde su introducción, ningún año estuvo libre de esta enfermedad; el 88% de los casos registrados ocurrieron en las provincias costeras del país.

Para explicar los magros resultados de la campaña, Cueto enfatiza la importancia del rechazo cultural y de la resistencia social a ciertas acciones de control, derivados tanto de los valores culturales e intereses económicos de la población como del comportamiento de las autoridades y responsables de la campaña. El pueblo rechazaba el aislamiento en los lazaretos, el entierro rápido y sin ceremonias que se ordenaba de los fallecidos y, en gene-

ral, el autoritarismo y rudeza con que las autoridades trataban a los enfermos y sus familiares. Pero también las autoridades criticaban la persistencia de los campesinos en reconstruir las viviendas incineradas con las mismas condiciones iniciales de insalubridad. En lo que se refiere a los grupos sociales altos, las resistencias se debían a que las medidas sanitarias aumentaban los perjuicios económicos generados por la peste; de especial resonancia fue la resistencia de los propietarios a la incineración de sus locales, un caso característico fue la imposibilidad de incinerar el molino “Santa Rosa”, donde aparentemente se había iniciado la epidemia. Por otro lado, como en las ciudades la mayoría de “pestosos” procedían de barrios pobres, la peste fue asociada con la miseria, la insalubridad de la vivienda y, en Lima, con la “raza” china [130].

El Servicio Nacional Antipestoso: 1930-1933

Esa primera fase de la lucha antipestosa en el país, basada en la organización de campañas en casos de brotes epidémicos, terminó con la aprobación del decreto supremo de 25 de enero de 1929, que creó el Servicio Nacional Antipestoso, como dependencia permanente de la Dirección General de Salubridad. Con el decreto el gobierno cumplía el compromiso internacional derivado de la ratificación, por el Congreso, del Código Sanitario Panamericano. El Servicio Nacional, bajo el comando del Dr. Benjamín Mostajo y la asesoría de representantes de la “Oficina Sanitaria Panamericana” (OPS), emprendería desde 1930, la Campaña Nacional Antipestosa [130].

Además, con el propósito de lograr una mayor eficacia en el control de la peste se otorgó al director general de Salubridad amplias atribuciones, entre ellas las vinculadas con la autorización de las nuevas urbanizaciones. En uso de esa autoridad se establecieron normas para garantizar la construcción de edificios y viviendas urbanas protegidas contra la invasión de ratas, se hicieron provisiones para estudios bacteriológicos y epidemiológicos

y, finalmente, la fumigación de barcos y otras medidas afines fueron especificadas.

El 1 de agosto de 1930 en la ciudad de Piura un convenio fronterizo bilateral fue firmado por las autoridades de salud del Ecuador y del Perú para combatir de manera conjunta a la peste en sus provincias fronterizas (Loja y Ayabaca) a lo largo de una línea sugerida por los representantes de OPS. Por decreto supremo del 5 de septiembre de 1930 se ordenó la reorganización de la “Campaña Nacional Antipestosa”. El dispositivo estableció que la Dirección de Salubridad debía proceder a la campaña de acuerdo con el Dr. John. D. Long, Comisionado Viajero de la OPS, y con la colaboración del Dr. C. R. Eskey, epidemiólogo de la misma oficina. Complementariamente a esa norma se aprobó la resolución suprema del 29 de noviembre de 1930 que ordenó a los municipios prestar su colaboración en esta campaña [111].

El personal responsable de la campaña recibió entrenamiento en Lima y luego fue distribuido en las zonas endémicas. Epidemiólogos asistentes fueron ubicados en los principales puertos para supervisar la captura y el envenenamiento de las ratas, coleccionar sus pulgas e inocular cerdos de guinea para detectar la infección pestosa; además cinco laboratorios troncales fueron establecidos. El envenenamiento fue utilizado para reducir la población de ratas y la captura fue el método usada para clasificar las pulgas de las mismas; también se realizaron, de manera paralela, actividades de saneamiento de los focos de peste.

La nueva campaña nacional se inició en noviembre de 1930 en las provincias de Lima y el Callao donde todas las haciendas estaban infectas; luego se extendió del norte al sur del país entre diciembre de 1930 y enero de 1931. Se realizó el envenenamiento respectivo en toda la extensa zona infectada; se distribuyó 70 toneladas de veneno entre más de 100 pueblos y haciendas aledañas. En términos de incidencia, los resultados inmediatos fueron notables: en 1932 sólo se comprobaron bacteriológicamente 57 casos humanos; además, con relación al año 1930, el número máximo de ratas capturadas por trampa había decrecido de 18 a 3 y el

índice de número máximo de pulgas por rata había caído de 34 a 3 [129, 134].

Control de la fiebre amarilla urbana

La amenaza de la fiebre amarilla urbana: 1877-1919

Durante la década de 1870, una epidemia de fiebre amarilla se propagó del Brasil al Paraguay, Uruguay y Argentina; sólo en Buenos Aires ocasionó más de 15 000 muertes. En 1878 la epidemia llegó a los Estados Unidos a través de contactos marítimos y desencadenó un brote en el valle de Misisipi que resultó en más de 100 000 casos y 20 000 defunciones. En el año 1880 el Congreso de los Estados Unidos autorizó al presidente convocar la V Conferencia Sanitaria Internacional la cual se celebró al año siguiente en Washington. En este foro, el médico cubano Carlos Finlay afirmó que para la transmisión de la fiebre amarilla era necesario que se diera la concurrencia de: (i) un caso de fiebre amarilla en un período dado de la enfermedad; (ii) una persona susceptible; y, (iii) un agente —el “vector”— capaz de transmitir la enfermedad de un sujeto enfermo a uno sano. Debieron pasar 20 años para que la Comisión Reed validara su teoría del vector y ésta fuera aceptada unánimemente por la comunidad científica [135].

La amenaza de la invasión al Perú de una epidemia de fiebre amarilla siempre estuvo presente. En 1883 apareció un pequeño brote epidémico en el Callao el cual motivó un informe de los Drs. Macedo y Villar, así como de otros médicos de la época. Este brote se manifestó hasta el año 1889, con casos esporádicos en Lima, el Callao y el norte del país. En la “Academia Libre de Medicina” y en la Sociedad Médica “Unión Fernandina” se discutían los alcances de la amenaza y del control de ese brote. En junio de 1887 se criticaba, en la segunda de estas entidades, la orientación de las medidas de control adoptadas:

Las causas de tal importación inesperada serían el poco cuidado y la ninguna preocupación con que se reciben los buques de

patente limpia. Y la consecuencia sería funesta y dolorosa: ser infestados, a pesar de las medidas de rigor de que hemos hecho lujo durante 5 meses, resucitando la añeja incomunicación absoluta mediante la clausura de nuestros puertos a toda procedencia sospechosa y extendiendo los desprestigiados cordones sanitarios!... Si la funesta guerra con Chile no le hubiera quitado sus caudales, se habría hallado en aptitud de poder rodearse de lazaretos de aislamiento y de desinfección, que impidieran la importación del temido azote a su territorio... La Junta Central Sanitaria, comprendiendo la necesidad de contar siquiera con un Lazareto Marítimo Central... ya que no tenemos ninguno en los límites de nuestra extensa costa, se ha apresurado a prestarle su aprobación [al pensamiento o iniciativa de erigir un Lazareto Central en la isla de San Lorenzo]... Por otra parte, siguiendo los preceptos de Higiene Administrativa, hay tan adelantada merced a las conquistas del microscopio y de la Química moderna, las naciones tan civilizadas como Inglaterra han sustituido las antiguas prácticas de pretender incomunicarse cerrando todos los puertos y extendiendo a lo largo de sus fronteras cordones sanitarios... con una nueva opción, el uso de hospitales de aislamiento y establecimientos de desinfección, que a manera de filtros retengan los gérmenes de las enfermedades contagiosas, a fin de impedir su introducción en el seno de las poblaciones... [136].

Como respuesta a esta crítica las autoridades sanitarias comenzaron a distinguir dos tipos de cuarentena: una rigurosa y otra de observación. Debía ser sometida a cuarentena rigurosa

todo buque que llega a un puerto con patente sucia, o cuando durante su viaje se haya presentado algún caso de enfermedad transmisible, como el cólera, la fiebre amarilla u otra enfermedad infecto-contagiosa, a juicio de la Junta de Sanidad [65].

En la guerra hispanoamericana de Cuba los norteamericanos sufrieron 968 bajas en el campo de batalla y 5 438 por fiebre amarilla; por tal razón se constituyó, en 1900, la Comisión de Fiebre Amarilla de la Junta de Sanidad de los Estados Unidos, presidida por el médico militar Walter Reed. Cuando la comisión comenzó a trabajar en La Habana se vio obligada a descartar sus hipótesis

iniciales y poner a prueba la teoría del vector de Finlay. La empresa dio lugar a una serie de experimentos en voluntarios humanos, experimentos cuyos resultados validaron dicha teoría identificando así al mosquito *Aedes aegypti* (entonces denominado *Stegomyia fasciata*) como el vector de la fiebre amarilla [137].

Posteriormente otros acontecimientos reafirmaron los hallazgos de la Comisión Reed y sentaron las bases para los futuros programas de control de vectores; entre los principales acontecimientos tenemos: el éxito de los trabajos dirigidos por el médico militar William Gorgas en La Habana (1898-1902) contra la fiebre amarilla y la malaria; la aplicación de las medidas de control del vector durante la construcción del Canal de Panamá (1904-1914); la lucha eficaz contra el brote de fiebre amarilla de 1905 en Nueva Orleans; así como la eliminación de la fiebre amarilla de Río de Janeiro en 1908, mediante la campaña contra el vector *Aedes aegypti*, emprendida por Oswaldo Cruz. La fiebre amarilla se podía dominar eliminando los lugares de cría de los mosquitos, protegiendo de sus picaduras a los enfermos de fiebre amarilla y adoptando rígidas medidas para destruir enseguida todos los mosquitos de cualquier casa donde se hubiera dado un caso de infección [135, 137, 138]. Todo ello se llevó a cabo sin que se conociera la naturaleza del germen responsable de la enfermedad.

A partir de estos acontecimientos se planteó la “Teoría de los Centros Claves”, la cual suponía que la enfermedad sólo atacaba a los seres humanos, producía inmunidad en las personas que sobrevivían a la primera infección y era transmitida solamente por el *Aedes aegypti*. Asimismo, para esta teoría la enfermedad era endémica en puertos y ciudades costeras importantes (denominados centros claves) que siempre tenían un número importante de susceptibles; pero esto no sucedía con los pequeños poblados donde no se mantenía un nivel de endemidad que amenazara a poblaciones mayores y que, por el contrario, estos poblados siempre eran infectados desde afuera. La implicancia práctica era que la fiebre desaparecería automáticamente si se realizaban rigurosas campañas contra los mosquitos en los centros claves, que no eran mu-

chos en América. Hacia 1910 las campañas se concentraron en la destrucción de las larvas de *Aedes* de los contenedores de agua doméstica (los mosquitos depositaban sus huevos en estos recipientes), simplificándose así los métodos tradicionales para combatir los mosquitos. Se consideraba que si se reducía el porcentaje de larvas a cerca del 2% de los contenedores analizados la fiebre desaparecería automáticamente [139].

En julio de 1918, la Fundación Rockefeller realizó su primera campaña contra la fiebre amarilla en América Latina al controlar un brote epidémico en Guayaquil. La campaña incluyó una comisión científica que trató de identificar el agente etiológico de la fiebre. Un miembro de esta comisión, Hideyo Noguchi, anunció la identificación de dicho agente, al que se denominó *Leptospira icteroides*. Hideyo a su regreso a los Estados Unidos produjo una vacuna y un suero para combatir la fiebre amarilla. Aunque estos productos nunca fueron utilizados como el principal medio de prevención y curación ambos fueron distribuidos y se utilizaron en miles de personas en América Latina.

La campaña contra una epidemia de fiebre amarilla: 1919-1921

La fiebre amarilla urbana volvió a invadir el Perú en 1919, como una propagación del foco epidémico en Guayaquil. Henry Hanson, miembro del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos en Panamá, había llegado al país en mayo de 1919, contratado por el gobierno de Pardo, para realizar un estudio sobre la malaria. Antes de terminar dicho estudio el nuevo gobierno de Leguía encargó a Hanson que identificara y combatiera una nueva epidemia que entre junio y noviembre había atacado a la población de tres provincias del departamento de Piura. Identificada la epidemia como de fiebre amarilla, Hanson organizó un escuadrón sanitario para efectuar la campaña que se basó parcialmente en medidas tradicionales, como: (i) el traslado de los enfermos a un lazareto; (ii) la fumigación de viviendas, una medida costosa que sólo combatía a los mosquitos adultos y que fue poco eficaz en la zona de-

bido al tipo de construcción que impedía la concentración del humo; (iii) la clausura del puerto de Paita, con una estricta cuarentena que generó las protestas de los comerciantes; (iv) el establecimiento de un cordón sanitario formado por soldados, barrera que era fácilmente burlada; (v) la prohibición de reuniones después de la 6 p.m., con la equivocada idea de que éstas favorecían la difusión de la enfermedad.

Además, el escuadrón sanitario realizaba el examen de los reservorios domésticos de agua para buscar larvas del *Aedes*; asimismo realizó acciones educativas para inducir a los pobladores a la limpieza diaria de dichos reservorios. Estas últimas acciones no lograron su objetivo. Con fondos limitados y con escaso personal, que además no tenía, al igual que Hanson, experiencia en fiebre amarilla, la campaña no tuvo éxito. En los seis primeros meses del año 1920, diez lugares adicionales fueron infestados en el departamento y se registró un total de 455 casos. Además, Hanson enfermó de fiebre amarilla y al sobrevivir decidió regresar a su patria al término de su contrato. Pero en su viaje de regreso al detenerse en Panamá le llegó una nueva propuesta del gobierno peruano para que ejecutara una campaña más elaborada de saneamiento de la costa norte [139].

A su retorno al país, a fines de 1920, Hanson encontró que la fiebre amarilla y otras enfermedades, como la peste, asolaban Piura y otros departamentos del norte. Paita, especialmente, sufría de un brote severo de peste que opacaba la gravedad de la fiebre amarilla. Hanson, autorizado por Leguía, propuso una solución radical: la total incineración y reconstrucción de Paita:

Para poder cumplir su objetivo, Hanson fue investido de poderes especiales. Así por ejemplo, se puso bajo sus órdenes un grupo de cuarenta oficiales de caballería y un buque de guerra anclado en el puerto de Paita... Para controlar la situación, Hanson procedió a reclutar un grupo de trabajadores de salud y a repetir lo que William Gorgas había hecho en Panamá: quemar un número apreciable de casas del puerto de Paita por considerarlas insalubres. Su decisión se justificó argumentando que sus in-

genieros le habían informado que solamente eran habitables o podían ser reacondicionadas seis casas de dicha localidad [19].

Pero, al comenzar a destruir la sección más pobre de Paita se levantó tal resistencia popular que sólo unas pocas manzanas, aproximadamente el 10% del pueblo, pudieron ser incineradas.

A comienzos de 1921 surgió el ofrecimiento de la Fundación Rockefeller para colaborar en la campaña de control de la fiebre amarilla. Leguía aceptó inmediatamente la colaboración, Hanson fue nombrado director de la campaña y Wrightson director de la Dirección de Salubridad Pública en mayo de 1921. La epidemia ya se había extendido a Lambayeque y a La Libertad con una alta letalidad. La fundación se comprometió a financiar, al igual que el Estado, la mitad de los gastos que requería la campaña. Al final de la misma la fundación había gastado US\$ 115 000; pero el gobierno había cumplido sólo parcialmente con el trato [139].

Para tratar de evitar que la opinión pública dificultara la marcha de la campaña, tal como había ocurrido en su experiencia anterior, Hanson concentró poderes especiales. Una resolución gubernamental lo puso a cargo de todas las actividades sanitarias desde el Callao hasta la frontera norte del Perú. Con esta autoridad podía tomar cualquier vapor y poner bajo su mando a los médicos y autoridades provinciales:

he arreglado una casi absoluta autonomía (dictadura) en todos los asuntos relacionados con la campaña... porque es la única manera de lograr resultados en un país como éste (Hanson a W. Rose, marzo 17 y junio 6, 1921).

Pero, tal como era previsible, la dirección autocrática que intentó imponer Hanson generó más resistencias de la población que nunca llegó a colaborar activamente con él; incluso se llegaron a producir algunas protestas masivas de corta duración. Tal como comenta Cueto:

Debido a la visión reduccionista que imperaba entonces en la medicina tropical, las campañas en distintas regiones del tercer mundo eran llevadas a cabo suponiendo que en una cultura "atrasada" y no científica, la enfermedad debía ser manejada con pocas

referencias a las percepciones y opiniones de los pacientes. Las reacciones adversas de la población fueron tratadas como un primitivismo que debía ser puesto de lado [139].

El trabajo que realizó Hanson con apoyo de la Fundación siguió, en gran parte, los lineamientos de acción derivados de la “Teoría de los Centros Claves” ya comentada. La campaña profiláctica fue efectuada sólo en los centros urbanos de cierta densidad demográfica o situados en una ruta que facilitaba la diseminación de la enfermedad a hogares no infectados. Además, empezó a utilizar los sueros y las vacunas que había desarrollado Noguchi. Pero la más importante medida fue la utilización de peces de los ríos como larvicidas. Hanson había observado que los peces pequeños sobrevivían en los contenedores de agua doméstica comiendo las larvas del *Aedes*; estos peces eran inofensivos para los humanos y existían en grandes cantidades en los ríos del norte. La solución adoptada fue muy simple: capturar y criar estos peces para luego distribuirlos en los contenedores de agua mediante un sistema que utilizó 100 trabajadores sanitarios. El sistema fue aceptado por la población y se convirtió en la medida más importante de la campaña. Durante 1921, setecientas mil visitas domiciliarias fueron realizadas y un número mayor de peces fue distribuido. Hacia fines de 1921, Hanson anunció que el índice del *Aedes aegypti* había descendido a menos del 3% [139]. Como resultado de esta campaña el último caso de fiebre amarilla se registró en 1921. En estas circunstancias Whrigton renunció, en marzo de 1922, al cargo de Director General de Salubridad Pública y Hanson es nombrado en su reemplazo hasta julio del mismo año, cuando regresó a los Estados Unidos. Al mismo tiempo terminó la colaboración de la Fundación Rockefeller con la campaña. Desde 1922, la Costa este de Sudamérica permaneció libre de fiebre amarilla urbana.

Al retirarse del país, Hanson estimaba que para todo el período 1919-1921 se había producido un total de 15 000 casos de fiebre amarilla, con una letalidad del 10%; la mayoría de los casos, diez mil, se habían producido en Lambayeque. Durante lo peor de la epidemia localidades como Olmos, Motupe y Ferreñafe tuvie-

ron entre 8 y 20 muertos al día; pero nunca se llevaron registros completos de la enfermedad. La participación de la Fundación Rockefeller no fue totalmente desinteresada; se debe recordar que en esa zona del país se ubicaban las concesiones petroleras otorgadas a la filial de la “Standard Oil”, propiedad de Rockefeller, así como los principales enclaves agroexportadores azucareros. J. C. García informaba al respecto:

La Fundación Rockefeller, organización filantrópica internacional, no estaba desligada de los intereses económicos de Rockefeller. Intereses que estaban creciendo en América Latina en la búsqueda de nuevos campos petroleros, en la distribución de sus productos y en la inversión de capital en varios sectores de la economía [27].

La aplicación de la Teoría de los Centros Claves sirvió para controlar la fiebre amarilla en zonas urbanas, pero desde mediados de la década de los veinte, nuevos descubrimientos indicaron que dicha teoría y los hallazgos de Noguchi eran equivocados. Estos descubrimientos eran los siguientes: la fiebre amarilla era transmitida por distintas variedades de mosquito, la infección de monos salvajes que viven en la Selva, la existencia de una variedad selvática de fiebre amarilla y, principalmente, que las pequeñas comunidades sí mantenían endemicidad y podían reinfectar a los grandes centros poblados. En consecuencia, Noguchi estaba equivocado y su suero y vacuna eran inútiles. Al final de la década de los 20 un laboratorio de la Fundación Rockefeller estableció que la fiebre era producida por un virus filtrable y no por una *Leptospira*, pero sólo en 1937 una vacuna eficaz estaría disponible [139].

Inicios de la lucha contra la malaria

Nueva percepción económica del problema malárico: 1903

Durante los primeros años del siglo xx, la magnitud y el perfil de la problemática de la salud colectiva nacional eran similares a los existentes en el xix. Sin embargo, la prioridad política asignada a

la malaria cambió. Las autoridades oligárquica-civilistas tenían que resolver con urgencia el problema de la pérdida de las dos fuentes principales de ingresos nacionales: el guano y el salitre. Para ello era esencial el desarrollo de las haciendas y plantaciones de productos agrícolas de exportación, generadoras de ingresos fiscales; así como la mayor afluencia de capitales extranjeros y de migrantes europeos en los nuevos espacios económicos. Estas haciendas y plantaciones utilizaban tecnologías intensas en mano de obra, en circunstancias que ésta era relativamente escasa. Ante el fracaso de la política migratoria la mano de obra serrana adquirió una nueva importancia para las haciendas y plantaciones de los valles de la Costa y para las colonizaciones de la Selva.

Pero los serranos “enganchados” —durante los períodos de siembra y cosecha que coincidían con la mayor presencia anofelina— seguían trabajando sin ninguna protección. En esta situación de alta exposición a los riesgos de enfermar por malaria, así como por la falta de experiencia inmunológica con el *plasmodium* de gran parte de los migrantes, esta enfermedad provocó pérdidas importantes del grado de uso y de la productividad de la escasa fuerza de trabajo disponible; ello hizo que decreciera, en consecuencia, las posibilidades de éxito de las políticas económicas de los gobiernos civilistas. El paludismo comenzó a ser percibido, entonces, como un problema de salud pública, cuya prioridad se fundamentaba en sus efectos negativos sobre el proyecto civilista de crecimiento económico.

El 21 de noviembre de 1898 se promulgó la “Ley de Colonización de las Tierras de Montaña” la cual establecía las obligaciones de los colonos y los compromisos sanitarios del gobierno en el proceso de ocupación de nuevos espacios económicos. Además, al final del siglo XIX y durante la primera década del siglo XX se asistió a una ola transitoria de prosperidad en la Selva amazónica por la explotación del caucho, que produjo gran demanda de fuerza de trabajo. Finalizada abruptamente la “fiebre del caucho” sólo las colonias promovidas por las empresas poderosas continuaron en la región para la explotación de otros recursos naturales. Por ambas

razones se produjeron movimientos migratorios hacia esta región, donde la malaria era endémica. Pronto se comenzaron a producir epidemias de paludismo en las nuevas áreas colonizadas.

En 1903 el Ministro de Fomento, Dr. Manuel Barrios, al fundamentar la creación de la Dirección General de Salubridad, declaraba en la Cámara de Senadores lo siguiente:

El paludismo, que en unión de la tuberculosis y el alcoholismo, constituye el factor más poderoso de la morbilidad y mortalidad en los valles de la costa, de cuyos establecimientos agrícolas aleja a los inmigrantes y a los trabajadores de la sierra, es otra enfermedad infecciosa que puede ser también combatida... [82].

La primera campaña antipalúdica: 1907

En el Report on the Central Territory of Perú dado por P.D.G. Clark en el año 1891, para la empresa “Peruvian Corporation Ltd. London”, se afirmaba —con relación a la colonización en Chanchamayo— lo siguiente:

La salud extraordinaria de la población europea así como la indígena, puede ser tomada como el mejor índice de la salubridad del clima. Garantizando precauciones ordinarias, no se debe temer una infección malárica y, la disentería ocurre muy rara vez. Comparando el clima de Chanchamayo con el de otros países tropicales que conozco, no vacilo en afirmar que se debe considerar como de los mejores que hay [140].

Clark es presentado por Max Kuczynski-Godard [141], como “Curador del Jardín Botánico Real de Peradeniya, Ceylan” y un “docto observador... con una experiencia de diez años en los trópicos”.

Dieciséis años después de ese informe se produjo, al no garantizarse las precauciones mencionadas por Clark, una epidemia de malaria en Chanchamayo. El gobierno rápidamente informado —probablemente por los directivos de la Peruvian—, dictó la resolución suprema del 9 de septiembre de 1907 que estableció las medidas para combatirla. En esta oportunidad las máximas auto-

ridades eran: Presidente de la República, don José Pardo; Ministro de Fomento, don Delfín Vidalón y, finalmente, Director General de Salubridad, el Dr. Julián Arce.

En cumplimiento de esa resolución, la recientemente creada Dirección General de Salubridad “inició la campaña antipalúdica en Chanchamayo, con la creación de dos enfermerías dispensarios” para la profilaxia de los valles de Chanchamayo, Vitoc y Monobamba [111, 142]. Por su parte, los hacendados formaron la “Sociedad Filantrópica de Chanchamayo” que administró el hospital de La Merced para atención de los palúdicos, entre 1908 y 1918, con apoyo económico del Estado. Una posterior resolución suprema de 1 de julio de 1908 formaliza esa cooperación de los hacendados con la campaña contra el paludismo [65].

La Ley 2364 o de Profilaxia del Paludismo: 1916-1933

El 23 de noviembre de 1916 se aprobó la Ley N.º 2364, “Ley de Profilaxia del Paludismo”. En ella se ordenó al Ejecutivo, por vez primera en el Perú, organizar la defensa contra el paludismo. Era Presidente, José Pardo; Ministro de Fomento, Belisario Sosa; Presidente del Senado, Amador F. del Solar; Presidente de Diputados, el jurista, J. M. Manzanilla; y, Director General de Salubridad, Abel S. Olaechea. La ley establecía en su art. 2º que los propietarios de los fundos agrícolas o ganaderos y de los establecimientos industriales o comerciales, así como los empresarios de obras públicas “en las regiones o en los valles donde grasa el paludismo con carácter endémico, están obligados a precaver y a dispensar asistencia médica, respecto de esa enfermedad, a todas las personas que les presten sus servicios como empleados, operarios o dependientes”.

Además, en su art. 4º se precisa que la defensa contra el paludismo comprenderá: (i) el saneamiento de los terrenos reconocidos como focos de la endemia; (ii) la protección de las habitaciones contra los insectos transmisores del germen de dicha enfermedad; (iii) la destrucción de dichos insectos y de sus larvas; y, (iv) la distribución gratuita de la quinina a todas las personas expues-

tas a la infección palúdica. Por último, en su art. 27º señala que la Dirección de Salubridad será la Oficina Superior encargada de vigilar el cumplimiento de la ley,

correspondiéndole la dirección de los estudios y trabajos de que ella trata y la organización y control del servicio correspondiente [65].

La misma norma prescribía que un valle podía ser considerado como zona palúdica y objeto de esta ley sólo después de haber sido declarado como tal por el Poder Ejecutivo. En cumplimiento de la norma se declararon zonas palúdicas, por resolución suprema de 29 de noviembre de 1917, a los valles de los distritos de la provincia de Lima; la provincia del Bajo Amazonas (Maynas); los distritos de Morropón y Yapatera, de la provincia de Piura; el valle de Majes, de la provincia de Castilla y, por último, el departamento de Lambayeque. Asimismo, la provincia litoral de Moquegua, por R. S. del 9 de octubre de 1918; las provincias de Ica y Tacna, por R.S. de 8 de noviembre de 1918. Todas estas zonas, con excepción de la de Maynas, estaban ubicadas en la Costa. La primera resolución suprema que ordena el cumplimiento de la Ley N.º 2364 en una zona palúdica específica es la del 3 de mayo de 1918 para Chanchamayo. Luego de seis meses se aprueba la R. S. del 29 de noviembre de 1918, que dispone la organización del Servicio Antipalúdico de Chanchamayo. También en el año 1918 se dictan sendas resoluciones que ordena el cumplimiento de dicha ley en el valle de Surco (24/05/18), el valle de Carabayllo (07/06/18) y los valles de la provincia de Lima (04/10/18). Muchos años después, el 29 de marzo de 1937, se dictarían las resoluciones correspondientes para el Cusco [65].

Cueto comenta, con relación a la Ley N.º 2364 y su cumplimiento, lo siguiente:

... surgió como respuesta a una epidemia en Chanchamayo. Según esta ley, los hacendados debían proteger a sus trabajadores, distribuir gratuitamente la quinina y destruir las larvas... Algunos hacendados, especialmente de la costa norte y del centro, cumplieron lo referente al sostenimiento de un servicio médico,

así como con el suministro de la quinina y la limpieza de los canales y acequias. Fue menos frecuente, la desecación de pantanos, considerados como “reservorios de riego” y la reconstrucción de las rancharías de los trabajadores... En general el cumplimiento de la ley fue inconstante, creando una situación en que el Estado y los hacendados querían traer migrantes pero no podían pagar los costos de saneamiento [143].

Las dificultades para lograr que los hacendados cumplieran con sus obligaciones legales se manifestaron en el contenido de dos resoluciones supremas que se debieron dictar sobre el cobro de estancias y la aplicación de la subvención fiscal al mencionado hospital de La Merced. En la primera, del 14 de septiembre de 1917, se ordena al Médico Sanitario de Chanchamayo que, de acuerdo con la citada Sociedad Filantrópica, disponga lo necesario para exigir de los jefes de las negociaciones agrícolas el pago de las estancias que ocasione la asistencia de sus operarios y empleados en el hospital, en tanto sólo correspondía asistencia médica gratuita a los menesterosos que no fueran personal de dichas negociaciones. En la segunda, del 19 de octubre del mismo año, se precisa que “el objeto del Hospital que el gobierno sostiene en la Merced, es el de atender a las necesidades del servicio de profilaxia antipalúdica de los valles de Chanchamayo, Vitoc y Monobamba” y reiterando lo dispuesto en la anterior resolución, en lo que se refiere al destino de la subvención fiscal para la atención gratuita [65].

Continuación de las resistencias de los empresarios: 1919-1933

Al inicio del “Oncenio” de Leguía el paludismo era endémico en la Costa, en algunas localidades de la Sierra y en todos los centros poblados de la Selva. Su tratamiento demandaba el uso de más del 75% de las estancias en los establecimientos hospitalarios de la Costa, establecimientos que estaban a cargo de las sociedades públicas de beneficencia. En el período 1923-1930, el 15% de los egresos del hospital Dos de Mayo era de pacientes maláricos, con una letalidad intrahospitalaria de 1,2%, es decir, sus efectos económicos negativos se incrementaban.

La importancia asignada a la malaria por parte del nuevo gobierno se expresó en el decreto supremo de 19 de septiembre de 1924 el cual aprobó el nuevo reglamento de la Ley N.º 2348 que buscaba mejorar los registros de la morbilidad por enfermedades transmisibles. Por vez primera en el país, ocho años después de promulgada la Ley N.º 2364, se incluía al paludismo en la relación de enfermedades de declaración obligatoria, aunque sólo en las zonas declaradas palúdicas [61].

En el año 1925 ante la Comisión de Higiene de la Cámara de Diputados se denunciaba nuevamente la persistencia del problema malárico: “Es el más grave de todos los problemas por resolver en nuestra actualidad sanitaria. La malaria despuebla nuestros valles, aniquila la raza, detiene el desarrollo de nuestras industrias costaneras, centros principales de la agricultura. Es exagerada la cantidad de palúdicos. La mayoría pertenece a la raza india y en ellos se presentan las formas más graves y por lo tanto de más alta mortalidad... Se opone a la inmigración interior de la Sierra a la Costa...”.

Las causas de esta situación, enunciadas por la comisión, fueron: falta de asistencia para las personas atacadas por este mal; las condiciones de las viviendas ya que no tenían protección contra los zancudos; ausencia de criterio sanitario en la distribución de las aguas de los regadíos, aguas estancadas, pantanos y terrenos inundados; cultivos que se hacían por inundación y, por último, a la falta de educación sanitaria de la población ya que ésta no sabía defenderse de la enfermedad. Finalmente, enfatizan que ningún control efectivo podrá llevarse a la práctica

si a los agricultores de los valles... no se les obliga a que sean colaboradores del Estado, en la campaña contra el zancudo, la asistencia y aislamiento del palúdico y la defensa del sano [19].

Durante la Patria Nueva, a pesar de éstas y otras denuncias, los objetivos esenciales de las campañas siguieron siendo los mismos: el control de las larvas y la atención de los enfermos con la quinina. El control de las larvas se realizaba con obras hidráulicas, el drenaje de reservorios de agua o su rociamiento con sus-

tancias como el “verde de París” o el petróleo que impedían a las larvas respirar en la superficie. Medidas complementarias fueron la fumigación y la protección de las viviendas con mosquiteros y telas metálicas.

La persistencia de la resistencia a la aplicación de la Ley N.º 2364 reveló nítidamente los conflictos de intereses económicos que se pueden derivar de una norma sanitaria. Por ejemplo, el art. 24º de dicha ley decía: “El cultivo del arroz o de otras plantas cuyo desarrollo exige que el agua permanezca estancada, sólo se permitirá a una distancia de las poblaciones que será determinada en cada caso particular”. Sin embargo, al iniciar Leguía su segunda gestión de gobierno, la autoridad sanitaria dictó la resolución suprema del 15 de mayo de 1920 que fijó rígidamente en dos kilómetros la distancia mínima que debía existir entre los cultivos de arroz y los centros poblados [65].

El mismo art. 24º generó una polémica entre médicos y arroceros. Estos últimos “eran un grupo más conexionado que los hacendados serranos pero menos poderoso que los azucareros”. En 1932 la Academia Nacional de Medicina aprobó una moción de C. E. Paz Soldán advirtiendo de “la amenaza malárica del arroz”. En la conferencia arrocera de ese mismo año se negó que existiera una relación directa entre el arroz y la malaria y se criticó la obligación de realizar obras de saneamiento. Uno de sus principales representantes señaló, posteriormente, que de existir ese tipo de responsabilidad malárica, ésta sería

de la caña de azúcar, que requería de riegos intermitentes, y del algodón, que exigía la formación de pozas en las acequias..., [además,] que la aplicación de la ley Antimalárica era utópica porque era imposible destruir a todos los mosquitos... y que no se podía suprimir el cultivo de arroz porque causaría carestía, desempleo y hambre... [143].

Medidas complementarias a la Ley N.º 2364: 1919-1933

Las frecuentes infracciones de los empleadores al cumplimiento de lo dispuesto en la Ley N.º 2364 obligaron al gobierno a estable-

cer normas complementarias. Entre ellas, el decreto supremo del 15 de diciembre de 1922 que ordenaba a los propietarios y conductores de los fundos agrícolas de los valles de Lima y Callao llevar a cabo las medidas sanitarias dictadas por la Dirección de Salubridad y cumplir en todas sus partes con lo dispuesto por la Ley N.º 2364 y, de manera especial, con lo que se refiere a la asistencia médica que deben prestar a sus peones y operarios. Los alcances de este decreto se ampliaron sucesivamente, primero, por resolución suprema del 10 de marzo de 1923, que extendió la misma orden en los demás valles de la República; y, luego, por otra del 16 de mayo de 1924 que establecieron mayores obligaciones:

Las empresas agrícolas o industriales, conforme a la Ley 2364 y las resoluciones vigentes están obligadas a proporcionar la asistencia médica gratuita a sus empleados y operarios; y aquellas en las que la población de éstos y sus familias asciende a mil o más personas deberán mantener un servicio médico permanente, que puede atender en cualquier momento, a los casos de enfermedades o accidentes que ocurran en la negociación [61].

Estas normas complementarias tampoco obtuvieron los resultados deseados; las autoridades locales, representadas por los Médicos Sanitarios, no tenían los recursos requeridos para exigir su cumplimiento. Tratando de superar una situación de impunidad al incumplimiento de la Ley N.º 2364 se dictó la resolución suprema del 28 de mayo de 1926 que asignó a la misma Dirección General de Salubridad tomar directamente

a su cargo el control de la asistencia médica de las negociaciones agrícolas de la República, obligando a los representantes de esas negociaciones al cumplimiento estricto de las leyes y resoluciones vigentes y dictará las disposiciones necesarias... [61].

Pero la Dirección General, de manera similar a lo que sucedía con las autoridades locales, no tenía los recursos para cumplir con la misión asignada y la situación de impunidad persistió. Expresión de ese desequilibrio de poder entre los empresarios y las autoridades sanitarias es el hecho de que sólo 11 años después de promulgada la Ley N.º 2364 se aprobó su reglamento, por decreto

supremo del 5 de agosto de 1927. Este reglamento precisaba que en las regiones declaradas maláricas eran obligatorios: la declaración de los casos de paludismo, los dispensarios fijos y los dispensarios ambulantes, así como el establecimiento de un servicio sanitario encargado de dirigir la campaña contra la malaria y de vigilar el cumplimiento de las disposiciones de la mencionada ley y su reglamento [61]. Pero estas disposiciones también fueron incumplidas en la mayoría de los casos.

Entre las resoluciones supremas compiladas por Laverería y Estrella [61, 101], vinculadas con la lucha antimalárica y aprobadas entre 1923 y 1932, se encuentran:

- La del 7 de abril de 1923, sobre el cobro de las estancias de los obreros palúdicos en los hospitales de beneficencia.
- La de 3 de junio de 1925, sobre el saneamiento de un terreno en La Merced. La del 9 de octubre de 1925, sobre el estudio de la desecación de las lagunas del valle de Tambo. La del 8 de enero de 1926, sobre el estudio de desecación de terrenos pantanosos por las comisiones técnicas de aguas.
- La del 14 de agosto de 1925, para un dispensario antipalúdico en Nazca.
- Las que crean comisiones para: el estudio de los anopheles del departamento de Lima y la epidemiología de la malaria (05/02/26); el estudio de la profilaxis de la malaria (03/12/26) y (05/12/27); un nuevo Plan de Lucha en las zonas rurales (23/05/32).
- La del 10 de agosto de 1932, sobre el inicio de la campaña antipalúdica en los valles de Lima. La del 11 de agosto de 1932, sobre la aprobación del memorándum para la Demostración de Asistencia y Saneamiento Rurales. La del 3 de enero de 1933, que autoriza la prosecución de la campaña antipalúdica en el valle de Carabayllo.
- La de 15 de septiembre de 1932, sobre la liberación de derechos a la atebrina.
- Las que declaran zonas palúdicas a: los valles de los distritos de Paita, Piura y Sullana (29/05/25); el departamento

Ayacucho (08/04/32); las provincias Piura, Sullana y Tumbes (21/04/32); la provincia del Santa(23/05/32); el distrito Pariacoto (10/08/32); el valle de Chancay de la provincia de Chancay y los distritos Cochabamba y Tacabamba de la provincia de Chota (28/12/32); la provincia de La Convención y valle de Lares de la provincia Calca (28/12/32); los valles de Huayabamba y Utcubamba del departamento de Amazonas(28/12/32).

Con relación al incumplimiento de lo dispuesto para el control de la malaria, Paz Soldán escribía:

... no obstante imponer el Código de Aguas vigente y la ley 2364 de profilaxis del paludismo, la desecación de los terrenos pantanosos, las necesidades superiores de la agricultura han resistido semejante medida, que traería la ruina total de la producción agraria. La ley tampoco ha estado acertada al exigir a los propietarios y empresarios de la tierra que hagan por su cuenta, y bajo su responsabilidad, la asistencia de los enfermos, la profilaxia y las labores de saneamiento [144].

Debilidad extrema de las autoridades sanitarias: 1930-1933

Las autoridades sanitarias locales, con escasas competencias y casi nulo poder político, nunca estuvieron en condiciones de exigir a los poderosos hacendados el cumplimiento de normas que podrían afectar sus intereses económicos. Además, la Dirección General de Salubridad y todas sus dependencias desconcentradas se debilitaron, aún más, durante la crisis de 1930-1933 por la falta de continuidad de su personal en la función pública y el deterioro de sus siempre escasos recursos materiales. Esta debilidad extrema de las autoridades sanitarias nacionales y locales se haría notoria, en forma dramática, cuando se trató de enfrentar en esos años la epidemia de paludismo en La Convención.

En el año 1932 se informó sobre el inicio, en el mes de agosto, de la más severa epidemia de paludismo sucedida en el país, que

afectó a los valles selváticos de la Convención, Occobamba y Lares y que duraría hasta el año 1934. Manifestación del deterioro extremo de las condiciones sanitarias y de vida de la población indígena fue la alta letalidad de esta epidemia.

En 1933 el paludismo seguía siendo uno de los principales problemas en la Costa y en la Selva del país. Los pobres resultados de la Ley N.º 2364 y de los numerosos dispositivos complementarios serían comentados, años después, en un documento oficial:

No obstante que en su articulado (de la Ley 2364), así como en su Reglamento, comprendía la mayor parte de postulados que deben cumplirse en la lucha contra la malaria pocos fueron los resultados obtenidos en esporádicas labores sanitarias emprendidas con tal objeto. Aparte de la asistencia ocasional prestada en algunos brotes epidémicos... y que se redujeron al empleo, casi exclusivo, de la quinina en los enfermos; aparte de la intervención limitada de Comisiones especiales y de uno que otro estudio sobre el malarigenismo en nuestro medio, sin realización posterior porque sus conclusiones no fueron debidamente aprovechadas, no se encaró hasta 1933, una verdadera acción técnica en materia de lucha antimalárica [145].

Entre todas las epidemias de paludismo reportadas en el país, la iniciada en los valles de La Convención, Occobamba y Lares, en agosto de 1932, fue, por su especial severidad, la mejor estudiada. La Dirección General de Salubridad informaba, al respecto, que en 1933 una comisión científica (G. Almenara, P. Weiss, L. A. Ugarte, C. Ugarte y J. Wille) estudió la epidemia y encontró que la población de la parte baja de los referidos valles era afectada en casi un 100% por la malaria y la anquilostomiasis; asimismo informó que fueron encontrados los tres tipos de plasmodiums, con ligero predominio del falciparum. La epidemia se mantuvo hasta 1934 cuando se apagó, después de eliminar o infectar a toda la población susceptible. Según las autoridades, en una población inicial de 25 000 habitantes, seis mil personas murieron y quince mil enfermaron durante la epidemia [146].

Inicios de acciones contra la tuberculosis

Estudios nacionales sobre el problema de la TBC: 1855 -1895

En el volumen III del tomo V de la *Historia de la Medicina Humana*, de Juan B. Lastres, se presenta un listado de tesis existentes en la Biblioteca Central de la Facultad y presentadas a partir de 1854. En este listado las primeras tesis que tenían como tema la TBC son las siguientes: “La escrófula y la tuberculosis no pueden en el estado actual de las ciencias médicas considerarse de idéntica naturaleza” (1859), de Federico Doderó; y “La tuberculosis pulmonar se desarrolla con más frecuencia y es más favorecido, en su evolución, en los climas en que hay exceso en el oxígeno inspirado, relativamente a la cantidad consumida en el organismo” (1884), de Melchor Chávez V. También se informa que desde el año 1860, Manuel Pardo escribe sobre los efectos beneficiosos del clima de Jauja y son muchos los artículos de las revistas médicas que señalan igual efecto climático para los casos de tuberculosis pulmonar.

Por su parte el profesor José Neyra Ramírez nos informa que Manuel Rosas Fernández había presentado, en 1863, su tesis a la Facultad de Medicina de París, tesis que llevó por título “Profilaxis de la Tisis”; en ella se afirma, de acuerdo con Tschudi y Smit, que

los indios no mueren tísicos pues la tisis es frecuente en el litoral y rara en las alturas de 1,650 a 3,300 m., y cuando los indios abandonan la altura contraen la enfermedad. Consideraba que los países más aceptados desde el punto de vista profiláctico son aquellos donde el aire es frío, despojado de humedad y rico en ozono y es de opinión de enviar a los enfermos a alturas superiores a 1,000 m [147].

También nos comenta que don José María Zapater presenta a la Facultad de Medicina de Lima, en el año 1866, su tesis titulada “Influencia perniciosa del clima de Lima en la tisis pulmonar tuberculosa” y que desde esa fecha se convierte en el más empeñado defensor del clima de la ciudad de Jauja como “panacea para la tuberculosis”.

Si bien las tesis, los artículos y los trabajos citados sobre la TBC —todos publicados antes de 1867— muestran la importancia asignada por los médicos peruanos al clima y a la climoterapia, en Europa se estaban produciendo avances importantes para el control de esta enfermedad. Entre los principales avances podemos destacar: (i) la demostración, hecha en 1869 por Jean A. Villemin, de que la TBC es una enfermedad contagiosa y transmisible; (ii) la creación de los primeros sanatorios para tuberculosos en Alemania, realizada, unos pocos años antes, por Boehmer y Dettweiller; y, (iii) el descubrimiento del agente etiológico de la enfermedad, que Robert Koch hace en 1882.

Acciones de la Beneficencia de Lima contra la TBC: 1896-1919

Esos avances mostraron a los médicos peruanos que no sólo la climoterapia podía ser la respuesta médica social a la TBC, sino que se hacía necesario asegurar el aislamiento del enfermo. Al respecto en 1897, Rómulo Eyzaguirre reclama contra la indiferencia de las autoridades hospitalarias que no toman medidas para aislar a los tuberculosos en salas especiales, a pesar de que la marcada promiscuidad existente en las salas generales permitía que contagiaran su enfermedad a los demás enfermos y al personal asistencial. Eyzaguirre era por esos años el pionero de la asistencia especializada de los tuberculosos y opinaba que no había clima específico para la TBC. Asimismo, se generaliza la idea, en la comunidad médica limeña, de la necesidad de los sanatorios para el tratamiento de los tuberculosos; a partir de esos años, sólo se discute la mejor ubicación de los mismos: ¿en la llanura o en la altitud?, ¿en Tamboraque o en Jauja? [147].

Los avances en el tratamiento y la prevención de la TBC continuaban en Europa. En 1892 Carlos Forlanini introduce el neumotórax artificial en el tratamiento de la enfermedad, primer método activo de terapia de esta dolencia. En 1895 Karl Roentgen descubre los Rayos X como un medio para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. En 1889 Sir Robert Phillip crea, en Edimburgo, el primer dispensario antituberculoso, seguido por

Calmette quien inauguró el primer dispensario francés en Lille. Deberían pasar, como después comentaremos, cerca de 30 años para que se creara el primer dispensario antituberculoso en el Perú.

En enero de 1900 el gobierno nombró una comisión para que elaborara una propuesta de lucha contra la tuberculosis. La comisión, presidida por el Dr. Belisario Sosa, presentó un informe que orientaría, posteriormente, tanto las medidas específicas de profilaxia de la TBC en el niño y la colectividad, así como las de tratamiento en los sanatorios y las inmunizaciones (“seroterapia”) [148]. El citado Eyzaguirre seguía denunciando en sus estudios e informes, publicados en 1906, el gran problema de la TBC en la ciudad de Lima:

La terrible tuberculosis, la enfermedad más curable entre todas las crónicas, la que aventaja a todas las causas de la muerte, inclusive el cólera... es la que señala en Lima el mayor coeficiente letal comparado con cualquier ciudad del mundo... se encuentra en la relación del 24% sobre el total de muertes evitables. Ninguna ciudad iguala su coeficiente letal... [151].

De acuerdo al Dr. Estrella R. los cálculos hechos por Eyzaguirre indicaban una tasa de 62,0 defunciones por 10 000 habitantes. Tasa que se elevaba a 70,44 cuando se consideraban todas las formas de tuberculosis [101]. En el Perú a partir de 1907 la idea de construir un sanatorio comenzó a devaluarse. El 2 de diciembre de ese año, en una sesión de la Beneficencia de Lima, el Dr. Abel Olaechea, en su condición de médico adscrito a la Dirección de Salubridad, opinó: “... los sanatorios han pasado de moda, ahora es la época de los dispensarios, y si se quería construir un dispensario se lo hiciese en Tamboraque”.

En 1908 Olaechea presenta su tesis doctoral en la cual expone los argumentos que sustentan dicha opinión. Insiste en la nula influencia del clima en la evolución de la tisis y en la importancia de construir dispensarios para su prevención [147]. Mientras tanto seguían produciéndose en Europa avances en el saber médico sobre la prevención de la TBC; en 1908, von Pirquet emplea la tuberculina con fines diagnósticos e introduce el término “alergia”.

En 1916 la Beneficencia de Lima inauguró el primer dispensario antituberculoso construido en la capital del país. Hecho significativo porque se construyó utilizando fondos que la Beneficencia tenía depositados para erigir un sanatorio, dando prioridad a los aspectos preventivos antes que a los asistenciales en la lucha contra la TBC. La construcción del Dispensario “Juan M. Byron” había sido ordenada por una resolución suprema que respondía a una iniciativa de Abel Olaechea, en ese entonces Director de Salubridad. El jefe fundador de este primer dispensario fue el Dr. Aníbal Corvetto quien permaneció en el cargo hasta el año 1922, cuando fue promovido a la Dirección de Dispensarios y Gotas de Leche de la Junta de Hospitales de la Beneficencia de Lima. Corvetto insistía en que el establecimiento debía convertirse

en un preventorium tipo Calmette, perfecto; y como él hay que inaugurar muchos otros [114, 150, 151].

Aníbal Corvetto (1875-1935), tisiólogo, considerado el creador de la Escuela Tisiológica Peruana, se había graduado como Doctor en Medicina con la tesis “Formas Clínicas de la Tuberculosis” (1915); estaba encargado, desde 1910, del Servicio de Tuberculosos del Hospital “Dos de Mayo”. Fue profesor universitario y autor de numerosas campañas y trabajos científicos sobre su especialidad. Introdujo en el país el neumotórax artificial en el tratamiento de la TBC [97, 114].

También en 1916 la Beneficencia Pública de Lima recibió del filántropo Domingo Olavegoya una donación de Lp. 10 000 (S/. 100 000) destinada específicamente a la construcción de un sanatorio para tuberculosos en Jauja; años antes el mismo Olavegoya había comprado y donado un terreno para dicho sanatorio. En 1917, don Augusto Pérez Aranibar anuncia, en la memoria de la Beneficencia de Lima de ese año, que el costo de la obra sería de S/. 250 000. La obra se inició en 1918 en el terreno que ya ocupaban en parte las Hermanas de Caridad [152].

Acciones del Estado contra la TBC: 1919-1933

En 1921, Calmette anunció el descubrimiento de la vacuna antituberculosa BCG, que se venía estudiando desde 1908, y la introdujo, en 1922, como un medio de protección de los niños nacidos en familias de tuberculosos. Los resultados positivos de los estudios realizados en Francia entre 1922-1936 no fueron corroborados, inicialmente, en otros países; esto retrasó el uso de la vacuna en el resto del mundo. Sin embargo, la resolución suprema del 26 de abril de 1929 resuelve que la Dirección de Salubridad proceda a establecer en el Instituto Nacional de Vacuna y Seroterapia, una Sección encargada de la preparación y propagación de la vacuna antituberculosa del Dr. Calmette, “método que ha dado eficaces resultados en otros países”. La Sección debería suministrar la vacuna necesaria para el uso de la Junta de Defensa de la Infancia y de las maternidades de la República, así como para el público en general [111].

Desde 1922 el “Dispensario Antituberculoso Juan M. Byron” estaba bajo la dirección del Dr. Max Arias Shereiber (1892-1951). El nuevo director, a su retorno de un viaje de especialización en Europa, donde trabajó en París con el profesor León Bernard y en Barcelona con el sabio Jaime Ferrán, había asumido la dirección del Dispensario Byron y del Servicio de Tisiología del Hospital “San Bartolomé”; asimismo este doctor inició sus estudios e investigaciones de vacunación antituberculosa con la vacuna Ferrán. A partir del año 1923 realizó jornadas para lograr introducir en el país la vacuna BCC recién descubierta en Francia. Al crearse, en 1936, el “Servicio Nacional de Vacunación Antituberculosa”, Max Arias fue su primer director [97, 153].

El Dr. Raúl Rebagliati fue el primero en proponer la creación de una Liga Antituberculosa para enfrentar al creciente problema de la TBC en el país. Por decreto supremo del 30 de mayo de 1922 se creó la “Liga Antituberculosa de Damas”; luego, se aprobó sus estatutos, por resolución suprema del 11 de agosto de 1922. En ellos se la define como una entidad de sanidad y beneficencia que

tiene como objeto combatir la difusión de la TBC poniendo en práctica los medios de profilaxia más eficaces y auxiliando a los tuberculosos que lo necesiten, con los elementos de asistencia o de subsistencia que le sean indispensables y que los recursos de la liga permitan suministrarles.

Los medios de acción previstos eran, además del concurso personal de las señoras, la cooperación que, para todos los asuntos técnicos, le prestaría la Dirección de Salubridad Pública; los dispensarios, sanatorios, hospitales o locales de aislamiento, escuelas al aire libre, colonias escolares, desinfectorios y demás establecimientos análogos que la Liga establezca; así como por los servicios que organice de visitadoras honorarias a domicilio y de pesquizadoras a sueldo para la asistencia y vigilancia de los enfermos no hospitalizados. Tendría como fondos propios las subvenciones públicas, los donativos y el producto de sus actividades sociales. Para mejorar la operatividad de la junta, los estatutos fueron modificados por R. S. de 17 de abril de 1925. Asimismo, por R. S. del 2 de marzo de 1926, el Ministerio de Fomento financió, a solicitud de la Liga Antituberculosa de Damas, la adquisición y ampliación de un local que dicha liga utilizaba para el funcionamiento de un sanatorio de altura en Chosica para niños pretuberculosos. Ampliación que permitiría albergar una población de 250 niños [61].

En el año 1922, el Sanatorio Olavegoya inició sus operaciones con dos pabellones para pacientes gratuitos; su primer director fue el Dr. Alfonso de las Casas y su asistente, el interno don Augusto Gamarra. En 1923 se inauguraron otros dos pabellones y en 1926 el pabellón de pagantes. En atención a un pedido de un miembro de la Cámara de Senadores para que se ponga término a la situación de desorganización que, según su opinión, atravesaba el sanatorio, el Ejecutivo dicta la resolución suprema del 4 de septiembre de 1925 en la cual se ordena a la Dirección de Salubridad el estudio y la formulación de un plan de organización y asistencia de los tuberculosos en dicho establecimiento. En 1929 se inauguraron, además, los pabellones de oficiales y tropa [147].

En enero de 1925 la Comisión de Higiene de la Cámara de Diputados denuncia nuevamente a la tuberculosis como una de las principales causas de muerte en el país, especialmente en Lima a la que califican como la “ciudad más tuberculizada del mundo”. Al respecto se señaló como causas de esta situación: las condiciones antihigiénicas de la ciudad, las enfermedades debilitantes, la falta de asistencia y aislamiento de los atacados, la insuficiencia de los medios de previsión, así como los factores sociales predisponentes (miseria, analfabetismo y alcoholismo). Para enfrentar este problema sugiere: construir un hospital de aislamiento, escuelas al aire libre, sanatorios marítimos y de altura, multiplicar los dispensarios, fomentar la enseñanza de la higiene, abaratar la alimentación, mejorar la higiene urbana, reglamentar la construcción de viviendas, a fin de que las casas tengan aire y luz suficientes y, por último, establecer la higiene escolar [73].

Luego por Ley N.º 5816, promulgada el 6 de mayo de 1927, se ordena al Ministerio de Fomento crear una junta, presidida por el Director de Salubridad, encargada de la “exclusiva dirección científica de la lucha antituberculosa en la República”. Los otros miembros eran dos delegados por la Facultad de Medicina, un delegado por la Academia Nacional de Medicina, un delegado por el Círculo Médico Peruano y un personero de la Sanidad Militar. Luego, por R.S. de 20 de mayo de 1927, se integró a la Junta el Jefe de Servicio Hospitalario de la Sanidad Naval [61].

El 5 de julio de 1929 se dicta una resolución suprema debido a las alarmantes cifras de mortalidad por TBC en las poblaciones de Arequipa y Mollendo y porque “una de las causas de propagación de esa enfermedad consiste en la contaminación de artículos alimenticios elaborados o manipulados por personas atacadas de tuberculosis”. Esta resolución ordena a la Oficina Sanitaria Departamental de Arequipa que proceda a establecer el servicio de reconocimiento médico gratuito de todas las personas que se dediquen a la elaboración, manipulación o expendio de sustancias alimenticias, realizando, siempre que sea necesario, el examen bacteriológico correspondiente y otorgando a las personas reconocidas una libreta sanitaria. Dicha oficina, de acuerdo con la prefec-

tura del departamento, organizaría el servicio de inspección correspondiente [111].

Por Ley N.º 7699, promulgada el 8 de febrero de 1933, se crea el “Timbre Antituberculoso”. La ley estaba rubricada por Clemente J. Revilla, Presidente del Congreso; L. A. Brandariz, Ministro de Fomento, y por Luis M. Sánchez Cerro, Presidente de la República. El monto de lo recaudado, “Fondos pro campaña antituberculosa” era entregado a una comisión ejecutiva formada por delegados de las Beneficencias de la República, que se encargaba de su distribución. Luego, por resolución suprema del 2 de junio de 1933 se aprobó su reglamento. La Dirección de Salubridad, de acuerdo con lo dispuesto en la ley N.º 5816, estaba encargada de dirigir la campaña antituberculosa con el asesoramiento de la mencionada comisión ejecutiva [111, 154].

De acuerdo con la información disponible en la ciudad de Lima, entre los años 1919 y 1930, la mortalidad por tuberculosis del aparato respiratorio continuaba siendo alta. Fluctuó entre un mínimo de 39,4 por diez mil (1926) y un máximo de 53,0 (1919), con una mediana de 43,4 defunciones por diez mil habitantes. En el período 1923-1930, el 11,6% de los egresos totales del hospital Dos de Mayo fue de pacientes tuberculosos, con una gran letalidad intrahospitalaria: 39,3%. Además, la tasa de mortalidad anual por tuberculosis a nivel nacional era estimada, para el período, en diez defunciones por cada mil habitantes [19, 148].

Profilaxia de las enfermedades venéreas

El problema de las enfermedades venéreas en el Perú al inicio del siglo xx

Uno de los escasos documentos sobre la prostitución en Lima lo escribió Pedro Dávalos y Lisson en 1908, cuando le fue encargada la preparación de un reglamento sobre este problema, por parte del gobierno de José Pardo. En el documento se informa que los burdeles o sitios de prostitución acompañada de baile y bebida eran objeto especial de vigilancia policial. Los prostíbulos habían sido di-

vididos por la policía en tres categorías según el nivel económico de los usuarios. Sólo las meretrices de la más alta categoría conocían y observaban el lavado y las irrigaciones como medidas de prevención; las condiciones del comercio sexual con las de más baja categoría no podían ser peores. Pero más preocupante era la prostitución oculta a la policía, efectuada en con la mayor reserva y que constituía el foco de mayor peligro para la difusión de enfermedades venéreas por la carencia de precauciones higiénicas. El número de meretrices inscritas en la policía de Lima no llegaba a 120, cifra muy baja comparada con las de otras ciudades. En Lima no había entonces reglamentos para la prostitución y las enfermedades venéreas hacían estragos en todos los estratos sociales.

El muy generalizado peligro sífilítico acechaba a la juventud masculina, incluyendo la de los círculos más aristocráticos [155].

En el estudio de las diferenciales de la morbimortalidad por sífilis se utilizaban criterios racistas que eran aceptados por las autoridades de la Facultad de Medicina y de la revista *La Crónica Médica*. En su número 557 se publica, en 1912, un resumen de la tesis de bachiller de C. Alfonso Pasquel, denominada “Frecuencia de la Sífilis en Lima” del cual transcribimos lo siguiente:

La raza blanca, la mejor dotada, tiene y tendrá siempre la supremacía y el primer rango en la familia humana. Por eso, en nuestra nación, son los blancos los directores de la cosa pública, los dueños de la riqueza... Los blancos, poseedores del predominio social en todo orden de manifestaciones elevadas y cultas, los de más amplio desarrollo intelectual..., no dejan por eso de pagar grueso tributo a la enfermedad y la sífilis, que parece acomodarse bien donde existe ambiente de bienestar, los cuenta entre sus clientes más asiduos y preferidos... Los mestizos ocupan el segundo plano en la disposición estratiforme de los pobladores de esta ciudad, lugar que les corresponde por su número y el valor propio de su grupo étnico... La sífilis infecta poco al elemento indígena... Los negros, que ocupan las más bajas esferas sociales, se distinguen por su desarrollado sensualismo, y los hábitos de ociosidad que les son innatos, dándoles ocasión al vicio... (es) la clase más azotada por las infecciones venéreas... En el balance...

los indios alguna vez pagan menos y salen con ventaja del mundo de las miserias; siguen los amarillos, en los que los chinos viciosos y corrompidos, quizá no figuran con la morbosidad que debieran, intoxicados por el opio y diezmados por la tuberculosis; vienen después los mestizos y los blancos; y en último término los negros que, a pesar de su escaso número, repartidos en la población, es á quienes la sífilis ataca con mayor intensidad morbífica [156].

Avances en el control y tratamiento de la sífilis en el mundo

Hasta el inicio del siglo xx se había acumulado un amplio conocimiento sobre los aspectos patológicos y clínicos de la sífilis, pero recién en 1905 el agente etiológico de la enfermedad, el *Treponema pallidum*, fue descubierto por Schaudinn y Hoffmann. Poco después Wassermann y asociados introdujeron métodos serológicos para su diagnóstico. Además, antes del descubrimiento de la penicilina se identifican dos épocas en el tratamiento de la sífilis. La primera (1493-1909) con el uso del mercurio, que tiene una eficacia muy baja y una dosis “curativa” muy cercana a la dosis mortal. La segunda (1910-1943), con los arsenicales y el bismuto anti-sifilítico, se inició cuando Ehrlich anunció, en 1910, el descubrimiento de la arsfenamina o salvarsán; siguió con el uso de la neoarsfenamina o neosalvarsán y terminó rápidamente con el descubrimiento de la acción trepanomicida de la penicilina. Las desventajas de la arsenoterapia eran dos: en primer lugar, sus efectos tóxicos y su corto margen de seguridad; y, en segundo lugar, se necesitaba un largo período de terapia continua para curar o dominar la enfermedad. En los primeros años de la década de los 30 se verificó que el bismuto tenía valor en el tratamiento de la sífilis, por eso desplazó al arsénico como auxiliar en la sifiloterapia.

Orientación inicial del control de las venéreas: 1910-1923

El control de las enfermedades venéreas, según los testimonios de principios del siglo xx, se limitaba al control policial del ejercicio

de la prostitución. Se continuaba con el patrón iniciado en Europa el siglo pasado, bajo el supuesto de que con el control policia- co de la prostitución se eliminaba la fuente más importante de con- tagio. Así, por decreto prefectural del 7 de febrero de 1910 se seña- ló en Lima un barrio para “casas de tolerancia” y se expidió el “carné” para las prostitutas.

Recién en el último año de la gestión del Dr. Julián Arce se reorienta la profilaxia y el control de las enfermedades venéreas cuando el gobierno encarga a la Dirección de Salubridad, por re- solución suprema del 1 de julio de 1910, la organización y funcio- namiento del “servicio sanitario de la prostitución”, la formula- ción del reglamento sanitario correspondiente, así como la insta- lación en Lima y el Callao de los dispensarios antivenéreos que sean necesarios; además estos dispensarios debían instalarse en otras ciudades del país. En los considerandos de la misma norma se definen los principios que debían orientar la organización de dicho servicio: “Que es deber del Estado atender a la profilaxia en las enfermedades venéreas, que, además de los daños que ocasio- nan a los individuos que las contraen, atacan también a los inte- reses de la sociedad y de la raza; (...) Que la experiencia universal ha probado la ineficacia de la reglamentación policial de la pro- stitución en la profilaxia de esas enfermedades; (...) Que la expe- riencia ha probado también, que las medidas más eficaces en ese sentido, son las que se refieren a la inspección y vigilancia sanita- ria de las mujeres públicas y casas de tolerancia y al tratamiento médico gratuito, en dispensarios adecuadas, de los enfermos de afecciones venéreas...”.

En cumplimiento de lo dispuesto en esta última norma, la Di- rección de Salubridad presentó al gobierno el proyecto de organi- zación del dispensario de salubridad para la profilaxia de las en- fermedades venéreas; este proyecto fue aprobado por resolución suprema del 17 de marzo de 1911 [65]. Pero, no se había previsto que en tres meses habría cambios en la conducción de la Direc- ción de Salubridad y que no se disponía de los recursos financie- ros que demandaría la instalación de dispensarios orientados ex- clusivamente a la lucha contra las enfermedades venéreas.

Al iniciarse la gestión del nuevo director de salubridad, Dr. Lauro Curletti, el gobierno desestimó el citado proyecto y optó por otro tipo de organización que se orientara tanto a la “la profilaxia de las enfermedades contagiosas que diezman a las poblaciones y degeneran la raza”, como a los primeros auxilios de los accidentes. Así se crea la “Asistencia Pública de Lima”, por decreto supremo de 5 de diciembre de 1911, y se encarga a la Dirección de Salubridad organizarla con cinco secciones; una de ellas, el dispensario para la profilaxia de las enfermedades venéreas. La inspección de las meretrices continuó a cargo de los médicos de la policía. El nuevo servicio fue inaugurado el 25 de febrero de 1912, siendo su primer director el Dr. Enrique León García. Seis años y medio después de creada, el 31 de julio de 1919, se dictó un decreto supremo reorganizando la Asistencia Pública, que se constituyó en una Sección del Estado Mayor de Policía [65, 157].

Pero aquella medida aislada no era suficiente siquiera para comenzar a reducir el problema venéreo en la ciudad de Lima. La falta de una ley que reglamentara la prostitución, las limitaciones de la sección antivenérea de la Asistencia Pública y la ausencia de un sifilicomio en Lima se hicieron patentes en el informe que el 26 de febrero de 1917 elevó a su Dirección la “Comisión de Hospitales de la Sociedad de Beneficencia de Lima”, presidida por Manuel A. Olaechea [158]. El informe empieza recordando que tres años atrás el intendente de policía había solicitado a la Beneficencia el inmediato internamiento en el Hospital de Santa Ana de aquellas prostitutas “cuyo estado de salud exige, su aislamiento y curación”.

Que en esa oportunidad otra comisión había concluido que no era posible a la Beneficencia, sin previa promulgación de leyes específicas, coadyuvar en otra forma que no fuera el de asegurar facilidades dentro del orden vigente. Que posteriormente, el jefe de la Asistencia Pública había dirigido una nota al prefecto del departamento solicitando la hospitalización con “reclusión” de las mujeres enfermas hasta que se haya demostrado su carácter inofensivo desde el punto de vista venéreo; sugiriendo, además,

adaptar un local para tal fin o gestionar que dicha hospitalización se realice por la Beneficencia asegurando en ambos casos que las mujeres “estarían perfectamente recluidas”. Que el Ministro de Justicia solicitaba un informe a la Beneficencia sobre dicha nota. Teniendo como base estos antecedentes y tras ser detenida la deliberación, la comisión acordó reproducir en todos sus términos las conclusiones del informe de la comisión de 1914, especialmente en lo que se refería a la imposibilidad legal de “recluir a los enfermos que el comercio genésico ocasione”. La comisión también explicitaba en su propio informe las ideas centrales, además de los prejuicios que sobre el problema venéreo y su control tenían en esos años la comunidad médica:

- Magnitud y trascendencia del problema: “La generalización de la sífilis y el mal venéreo no sólo en Lima y el Callao sino en los otros departamentos de la República, amenaza al individuo, la familia y la raza; compromete nuestro crédito sanitario, señalándose a nuestro primer puerto como grave amenaza para el arribo de la marinería yanqui”.
- Necesidad de la reglamentación sanitaria de la prostitución: “La prostitución... es un mal necesario e inevitable; la higiene moderna dicta sus preceptos para su normal funcionamiento: la profilaxia antivenérea es uno de los principales capítulos de la salubridad pública y un deber nacional... debe reglamentarse”.
- Responsabilidades que debe asumir el Estado: “La Dirección de Salubridad... es la llamada a realizar la profilaxia antivenérea en la República; es ella quien debe organizar un cuerpo de policía sanitario, que consciente de sus deberes, destierre los procedimientos actuales de persecución y de vejamen para las pobres mujeres...”.
- Prevención de las venéreas y el pueblo: la Dirección de salubridad “debe organizar un Preventorium o Dispensario, donde se informe al pueblo ignorante, acerca de los estragos que la sífilis y la blenorragia ocasionan y el medio de precaverse”.

- Asistencia a los enfermos: la Dirección de Salubridad “debe tener a su cargo un Sifilicomio, que necesariamente se impone para la asistencia con reclusión de las contaminadas: asistencia que debe ser humana y discreta...”.
- Ubicación administrativa de la Asistencia Pública: “La Asistencia... que actualmente hace ensayos por limitar el mal, debe ser dependencia de la Dirección de Salubridad, no solo porque debe formar un cuerpo, sino por interés de orden científico”.
- Papel actual de la Sociedad de la Beneficencia: “ha organizado en sus hospitales, salas destinadas únicamente a estas enfermedades... cumple su misión y está dispuesta a secundar la labor del Estado”.

En 1917 ya estaba en funcionamiento el Sifilicomio del Callao. Asimismo, considerando que el neosalvarsán era el medicamento de mayor eficacia en el tratamiento de la sífilis, el gobierno ordenó al Ministerio de Fomento, por resolución suprema de 20 de abril de 1917, que dispusiera lo conveniente para que el “Instituto de Vacuna y Seroterapia” lo adquiriera en el extranjero en cantidad suficiente para atender la demanda nacional y lo ponga a la venta a precio de costo. Siete años después, por resolución suprema del 8 de agosto de 1924, se encargaría al mismo instituto el control y la vigilancia de la eficacia y pureza

de las preparaciones de arseno-benzol, denominadas “Salvarsan” y “Neosalvarsan” y otras análogas [65].

Pasados tres años de las sugerencias de la Comisión de Hospitales de la Sociedad de Beneficencia de Lima, el gobierno de Leguía ordenó a la Dirección de Salubridad Pública, por resolución suprema del 4 de junio de 1920, organizar un Dispensario Antivenéreo que funcionara bajo su dependencia y en el que se debía realizar el servicio de profilaxia antivenéreo; este dispensario daría tratamiento gratuito a todas las personas de uno y otro sexo que adolecían de este género de enfermedades.

En esos años la insuficiencia de recursos sanitarios en el país era tan grande y las relaciones del régimen de Leguía con el de Es-

tados Unidos eran tan “amistosas” que la Dirección de Salubridad dispuso, a fines del año 1920, que Hanson interrumpiera su trabajo contra la epidemia de fiebre amarilla en el norte para organizar una breve campaña contra la prostitución en el Callao con el fin de “impedir” el contagio venéreo de los miembros de una escuadra de la marina norteamericana que había llegado al país [139].

Ministerio de gobierno y el control de venéreas: 1923-1927

Once años después de la creación de la “Asistencia Pública de Lima” se dictó el decreto supremo del 22 de febrero de 1923 que estableció, ahora como dependencia del Ministerio de Gobierno, el Departamento de Asistencia Pública, para ampliar “la defensa social contra las enfermedades venéreas”. Este departamento se constituyó sobre la base de la “Asistencia Pública de Lima” y los Sifilicomios de Lima y el Callao “a cuyas secciones se agregarán las de igual género que se organicen posteriormente en la República”. Un mes más tarde se aprueban otras dos normas, ambas del 31 de marzo de 1923. La primera, un decreto supremo para precisar que dicho departamento depende directamente del Ministerio de gobierno y Policía y que comprende, “por ahora”, sólo dos servicios: el de Primeros Auxilios y el de Profilaxis de Enfermedades Venéreas. La segunda, una resolución suprema que aprueba el reglamento orgánico de la Asistencia Pública, constituida en ese momento, por los servicios de Asistencia Pública de Lima y del Callao [61, 157].

El reglamento interior para las Asistencias Públicas de Lima y del Callao se aprobó por R. S. del 30 de junio de 1923. El reglamento tenía seis capítulos: (i) del Jefe y Subjefe de la Asistencia; (ii) Sección de Primeros Auxilios; (iii) Sección de Odontología; (iv) Sección de Profilaxia Antivenérea; (v) Servicio de Laboratorio; (vi) De la Administración. Las secciones antivenéreas continuaban con la inspección (reconocimiento ginecológico) y expedición de los certificados correspondientes a las prostitutas, la propaganda de la profilaxia antivenérea, así como el tratamiento de las meretrices enfermas. Se suministraba gratuitamente a los enfermos de uno y

otro sexo que concurrían, los elementos necesarios para sus curaciones, con excepción del arseno-benzol.

El 11 de abril de 1923 comenzó a operar en Lima el Sifilicomio del Chirimoyo; su primer director fue el Dr. Julio Guillermo Arbulú quien había regresado de Europa dos años antes. Arbulú organizó técnica y administrativamente el servicio y permaneció en el cargo por diez años [159]. Por resolución del 5 de septiembre de 1921 se había establecido una tarifa que deberían abonar las meretrices que se hospitalizaban en el Sifilicomio de Lima; pero el 11 de abril de 1923 se reestableció la gratuidad de la hospitalización. En el Sifilicomio se hacía el examen semanal de las meretrices, así como el internamiento obligatorio y gratuito de las que resultaren enfermas del mal venéreo. El Reglamento del Sifilicomio de Lima se aprobó por R. S. de 12 de diciembre de 1923; su objeto era: “constituir un centro de aislamiento y curación de las mujeres inscritas en el Registro de Prostitución de la Asistencia Pública de Lima y del Callao, que se hallen aquejadas de enfermedades venéreas en los períodos en que estas enfermedades ofrecen peligro de contagio”.

En el Sifilicomio, que dependía directamente del Departamento de Asistencia Pública, funcionaban: una sección de hospitalización para enfermas contagiosas y un consultorio externo para el tratamiento de enfermas no contagiosas. En el reglamento se precisa que ninguna enferma podía salir del establecimiento sin hallarse completamente curada y sin que su alta sea directamente ordenada por el jefe [61]. Por iniciativa privada se organizó, en 1924, la “Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social” que tenía como objeto:

difundir los conocimientos que permitan fomentar la eugenesia, prevenir las dolencias en las que influyen factores sociales y combatir las plagas colectiva [61].

Su existencia fue reconocida oficialmente por R. S. de 16 de septiembre de 1925. Estaba presidida por el Dr. Leonidas Avenaño, entonces catedrático de Medicina Legal y Toxicología, así como director de la morgue judicial de Lima.

Entre el año 1925 y el de 1926 se crearon las Asistencias Públicas de las ciudades de Arequipa, de Cusco, de Iquitos, de Trujillo, de Cerro de Pasco y de Chiclayo. La organización de estas dependencias del “Departamento de Asistencia Pública” era similar a la de Lima. Así por ejemplo, en el reglamento interior de la Asistencia de Arequipa (R. S. de 28 de octubre de 1928) se consideraba como unidades estructurales a: la Jefatura, la Sección de Primeros Auxilios, la Sección de Profilaxia Venérea y la Sección Tratamiento de Enfermedades Venéreas [61, 157].

La Primera Conferencia Nacional Antivenérea se celebró en Lima el año 1926; en dicho evento se recomendó la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, así como la creación de una “Liga Nacional Antivenérea”. Cinco días después de concluida la mencionada conferencia, por decreto supremo del 10 de septiembre de 1926, se creó la “Liga Nacional Antivenérea” como una institución de sanidad y beneficencia dedicada a la acción y la propaganda antivenérea. Sería dirigida por un comité central y recibiría el apoyo y auxilios oficiales para lograr sus fines. Propendería a contrarrestar las causas sociales que favorecen la prostitución.

Ministerio de Fomento y centralización de la campaña antivenérea: 1927-1933

Por decreto supremo del 3 de enero de 1927, el Departamento de Asistencia Pública, hasta ese día dependencia del Ministerio de gobierno, pasó a ser dependencia del Ministerio de Fomento. El decreto correspondiente fue firmado por Leguía y su Ministro de Gobierno, Celestino Manchego Muñoz. El Director de Salubridad era el Dr. Sebastián Lorente. Luego se aprobaron, por R. S. del 6 de mayo de 1927, los estatutos de la Liga Nacional Antivenérea formulados por su Comité central. En ellos se precisa el objeto de la Liga: “el estudio del problema venéreo en el país y de todo aquello que con él se relacione y colaborar con la autoridad sanitaria a la campaña contra las enfermedades venéreas, de acuerdo con las orientaciones trazadas por la primera Conferencia Nacional

Antivenérea”. En su organización se distinguen: el Comité de Honor, la Junta Consultiva, el Comité Ejecutivo Central y los Comités departamentales y provinciales [61].

Por R. S. de 8 de marzo de 1929 se resuelve que en los lugares de la República donde no estén organizadas las oficinas de Asistencia Pública los médicos titulares tendrán a su cargo los servicios de primeros auxilios y de profilaxia venérea; dichos profesionales estarán sujetos a todo lo dispuesto en el Reglamento de la Asistencia Pública de Lima y que actuarán bajo el control de la Dirección General de Salubridad. Ese mismo año, atendiendo parcialmente a la principal recomendación de la Primera Conferencia Nacional Antivenérea, se dictó el decreto supremo de 16 de agosto de 1929 en el cual se ordena centralizar la campaña antivenérea nacional en la Sección de Higiene y Profilaxia Social de la Dirección General de Salubridad; así como se encarga a esta Dirección la presentación al gobierno, para su aprobación, de un plan de extensión de dicha campaña en todo el país.

Al final del “Oncenio” de Leguía, por decreto prefectural de 2 de enero de 1930 se había establecido en el Callao el “certificado sanitario” como una condición necesaria de trabajo nocturno para todas las camareras que prestaban servicios en cabarés y centros de diversión en esa provincia. El certificado implicaba un “examen completo de salud” mensual obligatorio de las camareras, practicado por el médico de la Asistencia Pública; además, visitas semanales de la autoridad a dichos locales para el control del cumplimiento de la norma sanitaria. Las mujeres que fueran sorprendidas en dichos locales sin tener el certificado correspondiente eran consideradas como “meretrices clandestinas” y remitidas a la comisaría a disposición de la Asistencia Pública. Según críticos de la época la norma autorizó por vez primera el ejercicio del meretricio ambulante [111].

Durante la coyuntura 1930-1933 no hubo progresos en el control de las enfermedades venéreas. El nuevo gobierno de la junta de Samanez Ocampo, por decreto supremo del 9 de diciembre de 1930, flexibilizó la norma prefectural de enero del mismo año. Considerando que era necesario garantizar el trabajo nocturno y vis-

tos los reclamos formulados por las camareras y propietarios de esos locales se ordenó que sólo “las llamadas ‘damas de animación o bailarinas profesionales’ que desean trabajar en hoteles, bares, cantinas y cabarés, se someterán a las prescripciones anteriores”. Además, el 7 de diciembre de 1932 se crearon dispensarios antivenéreos en el barrio de La Victoria y en el distrito del Rímac, dependientes de la Asistencia Pública, que aún tenía entre sus funciones el control sanitario de las meretrices [111].

En el año 1935, Luis A. Ugarte criticaba estos servicios y comentaba al respecto:

Las campañas profilácticas contra las enfermedades venéreas siguieron y siguen encomendadas a los anacrónicos organismos titulados Asistencias Públicas para fusión de dos servicios heterogéneos (de primeros auxilios y de profilaxia venérea, reducida ésta casi únicamente al burocrático examen de las prostitutas y sellado de sus libretas) [112].

Por su lado, en el mismo año, Ernesto Egoaguirre criticaba en forma más dura esos servicios:

Nada hay tan desarticulado que la asistencia de los males llamados secretos... Unos pocos consultorios hacen la obra curativa de los que quieren sanar. El Sifilicomio, casa de tipo congregado y de alma policial, es para las meretrices empadronadas... El humilde museo de educación sexual todos los ignoran. Y la Liga Antivenérea... jamás se ocupó del menester. La Sanidad Militar, con su resorte disciplinario, es la que más hace en la materia [160].

Algunas acciones contra otras endemias

El problema de la lepra y otros en la Selva

El *Mycobacterium leprae* fue descrito como agente etiológico de la lepra en 1874 por Hansen. La historia de la quimioterapia efectiva comenzó en 1908 con el descubrimiento de las sulfonas, pero el valor de esta droga en el tratamiento de infecciones bacterianas

sólo sería demostrado a partir de 1937 y la eficacia del derivado de la sulfona, promin, recién sería verificada en 1943. En 1915 los Drs. Matías Ferradas y Lino Gónzales Zúñiga informaron sobre la existencia de casos de lepra en la Selva peruana, enfermedad que había sido traída por los caucheros desde el Brasil y que amenazaba convertirse en un grave problema médico-social. De acuerdo a José Neyra, en Apurímac el primer caso tratado fue informado por Carlos Bush, Abancay 1927, pero precisa que existe información suficiente para afirmar que el primer caso en Apurímac en realidad se presentó durante el quinquenio 1885-1889 [161].

Por la Ley N.º 5020, del 28 de enero de 1925, se otorga al Poder Ejecutivo los recursos para la construcción e instalación de una Leprosería Colonia Agrícola, la cual se llamaría “San Pablo”, en el departamento de Loreto. Fue construida 300 km agua abajo de Iquitos; reemplazó a la primitiva leprosería construida en Isla Padre, en 1906 frente a Iquitos, reconstruida en 1913 y desafectada en 1917 [61]. El leprosario San Pablo, inaugurado el 1 de junio de 1926, fue pronto destinado, por resolución suprema del 1 de abril de 1927, a concentrar a todos los leprosos que hubiera en el país, incluidos los que estaban internados en el Hospital de Guía. Cuatro años después se encargó a la Dirección de Salubridad, por resolución suprema de 16 de septiembre de 1931, disponer lo necesario para trasladar a San Pablo a ocho leprosos que aún se encontraban en el hospital de Guía; asimismo se dispuso la expatriación de tres asiáticos internados atacados de dicho mal, por entender que constituían un “grave peligro para la vida y la salud” de la población de Lima [111, 161].

El apogeo temporal de la explotación del caucho en la Selva había mostrado el potencial económico de esta región y despertó el interés del gobierno por sus problemas sanitarios.

Una expedición científica mandada por el gobierno y dirigida por un médico, ha emitido últimamente un informe acerca de la situación sanitaria del departamento de Madre de Dios... Se deduce de este informe, cuyas apreciaciones pueden aplicarse a toda la montaña, que todo está allá por investigarse. Apenas puede afirmarse que ejercen predominio cuatro enfermedades:

el paludismo, el pian, el parasitismo intestinal y la espundia. Últimamente se han observado algunos casos de lepra... [72, 73].

Por resolución suprema del 17 de junio de 1927 se encarga al Médico Sanitario Departamental de Loreto la dirección de la lucha antileprosa en el departamento y la reorganización del leprosorio de San Pablo.

El tifus y otros problemas en la Sierra

Las “infecciones tifocólicas” eran, también, identificadas como un problema sanitario de gran extensión en la Costa, en especial la fiebre tifoidea. “Su más alta mortalidad se presenta en la raza india... La guerra a las moscas, la vacunación obligatoria y la purificación de aguas potables, condensan el programa a ejecutar”. Por su parte, el tifus era una de las principales causas de muerte en la Sierra.

En poblaciones desprovistas de hábitos higiénicos, sin recursos materiales como el agua potable, ni medios de desinfección, es muy difícil hacer una extirpación radical del tifus [72, 73].

Asimismo, la verruga peruana, en su forma epidémica, volvió a presentarse en el año 1922 y, posteriormente, en 1932 cuando se construyó la carretera central siguiendo el mismo trayecto de la vía férrea a la Oroya.

Servicios de higiene y desinfección

Compañía Nacional de Higiene y Desinfección: 1923-1930

En 1923 se fundó en Lima, por iniciativa privada, la “Compañía Nacional de Higiene y Desinfección” la cual se encargaba de realizar desinfecciones, fumigaciones y desinsectizaciones en establecimientos públicos y privados, mediante una tarifa establecida. Por R. S. del 5 de julio de 1924 se encomendó a la Dirección General de Salubridad el control y reglamentación de esos servicios y se estableció una rebaja del 25% en la tarifa de los que se prestaba a

las dependencias públicas. Posteriormente, por sucesivas resoluciones —aprobadas entre julio y agosto de 1924— la compañía fue reconocida oficialmente y declarada de utilidad pública; además se le concedió un plazo de dos años para que implantara dichos servicios en las principales ciudades del país. Luego, por R. S. de 28 de mayo de 1926, se precisó que el personal de dicha compañía debía considerarse subordinado a la vigilancia y control de la Dirección de Salubridad, en todo lo vinculado con el ejercicio de sus funciones, haberes y medidas disciplinarias [61, 162].

Por R. S. del 31 de diciembre de 1926 se aprobó el contrato entre el Director de Salubridad y la Compañía por lo cual ésta cedió al gobierno la administración y todo el material de su propiedad, de acuerdo con las cláusulas establecidas en dicho contrato. Apenas cuatro meses después, por resolución del 22 de abril de 1927, se anularon dos cláusulas del contrato lo cual devolvió la administración de la compañía a sus dueños primitivos. Al mes siguiente de esta anulación, por otra resolución del 20 de mayo de 1927, se ordenó que todos los establecimientos que por la índole de su categoría o comercio están expuestos a la contaminación pública deben ser desinfectados mensualmente. Luego, se reconoció a la compañía, por R. S. del 7 de agosto de 1927, como la entidad oficial encargada para el cumplimiento de las disposiciones sanitarias relativas a las fumigaciones y desinfecciones obligatorias en el territorio nacional [61, 162].

Servicio de Higiene y Profilaxia de las enfermedades infecto-contagiosas: 1931-1933

En el mismo sentido de la corriente de denuncias existente después de la caída de Leguía, el gobierno argumentó que era “necesario cautelar los intereses del Estado en la Compañía Nacional de Higiene y Desinfección, administrada por sus propios vendedores (al Estado)” y, en consecuencia, dictó la R. S. del 15 de octubre de 1930 mediante la cual el Ministerio de Fomento tomó posesión de dicha compañía al ser declarada insubsistente la resolu-

ción del 22 de abril de 1922. Un mes después, por R. S. del 29 de noviembre de 1930, se ordenó la suspensión de los servicios de la compañía y quedó la Dirección de Salubridad encargada de recibir bajo inventario todos sus enseres [111, 162].

Muy pronto se hizo notar la falta de una entidad que atendiera las demandas de acciones de desinfección; esto determinó la promulgación de la R. S. del 29 de enero de 1931, que ordenó a la Dirección de Salubridad organizar un nuevo servicio de desinfección. Después de varios ensayos y con la opinión del Consejo Consultivo de Salubridad se dictó la R. S. del 17 de junio de 1931 mediante la cual se creó la “Inspección Sanitaria” en reemplazo de la mencionada compañía. Una nueva resolución del 16 de septiembre de 1931 señaló que esta “Inspección Sanitaria” debía denominarse “Servicio de Higiene y Profilaxia de las Enfermedades Infectocontagiosas”. Este servicio inició sus actividades en julio de 1931 y estuvo organizado en seis secciones: Higiene Urbana, Higiene Rural, Higiene de Vivienda, Higiene de Alimentación, de Estadística y Control de las Enfermedades Infectocontagiosas y, finalmente, el Servicio de Desinfección [111, 162].

Cuidado de la salud de las personas: Perú, 1877-1933

Protección de la salud del niño

Antecedentes de las acciones públicas

A fines de 1894 se fundó la “Sociedad Auxiliadora de la Infancia”. Institución nacida gracias al denodado esfuerzo de distinguidas damas de la sociedad limeña entre las que sobresalió la Sra. Juana Alarco de Dammert (1842-1932), benefactora de la infancia. Esta Sociedad tuvo que comenzar a operar prestando servicios en la atención de los heridos y los presos durante la guerra civil que ensangrentó las calles de Lima (1895). Estableció una escuela maternal para niños menores de 7 años (1896), con un anexo constituido por un consultorio médico gratuito para la atención de los niños. Luego, fundó la primera “Cuna Maternal” (1901) del país, para atender durante el día a los hijos de las madres trabajadoras; además de la primera “Gota de Leche” (1908). También inició la distribución de leche en las escuelas fiscales y demandó insistentemente un hospital para la atención de los niños. Esta entidad era financiada por donaciones particulares, recién desde 1906 comenzó a recibir una modesta subvención por parte del Estado peruano [163]. Desde el 3 de mayo de 1911, por la importancia que adquirieron sus acciones en la protección del niño, el gobierno ordenó a la Dirección de Salubridad que supervigilara su funcionamiento.

La creciente percepción social de que la falta de higiene en la lactancia era un importante factor de la alta mortalidad del niño en el país explica la aprobación de dos dispositivos específicos que inician la normatividad sanitaria de protección de la infancia en el país. El primero es el “Reglamento de Obstetrices”, aprobado el 5 de mayo de 1916, que definió las funciones de las obstetrices tituladas que nombraban las Juntas Departamentales, señalándoles la obligación expresa de asistir gratuitamente a las madres pobres en sus partos. El segundo es el decreto supremo “Sobre la Protección de la Infancia”, que el presidente José Pardo y el Ministro de Fomento, Belisario Sosa, aprobaron el 23 de junio de 1916. Con este decreto se asignaron tareas específicas al Ministerio de Fomento, al Ministerio de Justicia e Instrucción y a las Sociedades Públicas de Beneficencia para la mejor protección del niño; además se ordenó a los gobiernos locales que:

En las capitales de departamento, así como en las ciudades que sean capitales de provincia ó que tengan una población de 3,000 habitantes o más, las municipalidades respectivas expedirán ordenanzas relativas a la inspección y vigilancia de la alimentación de niños por medio de nodrizas... Las Municipalidades de los lugares de que trata el artículo primero expedirán ordenanzas relativas a los servicios de abastecimientos y venta de leche... (además) procurarán estimular la formación de sociedades que tengan por objeto efectuar la pasteurización de la leche... [65].

Ocho meses después de aprobado este decreto, el gobierno ordenó establecer dos “Gotas de Leche” en Lima, que se instalaron y funcionaron algún tiempo bajo la gestión de la Dirección de Salubridad para luego ser transferidas a la Sociedad de Beneficencia de Lima. En el mismo sentido preventivo de los dispositivos anteriores, el 25 de noviembre de 1918, Pardo promulgó la Ley N.º 2851, “Ley sobre el Trabajo de las Mujeres y los niños”. En el art. 20º de esta norma se prescribía que los establecimientos que tuvieran más de 25 operarias u obreras mayores de 17 años están obligados a implantar “salas-cuna” en los talleres. El objeto de estas “salas-cuna” era el de evitar la lactancia artificial, dando a las

madres que amamantan las facilidades necesarias para hacerlo durante las horas de su trabajo en los talleres [165].

En abril de 1919 la “Comisión Encargada del Estudio de las Causas de la Mortalidad Infantil en Lima”, presidida por A. Olaechea, llegó a las siguientes conclusiones: “... 4a.- La mortalidad es mayor en los distritos 3.0 y 5.0, es decir, en los que hay mayor superpoblación, mayor insuficiencia de las habitaciones y más representantes de las razas de color (...) 5a.- La mortalidad... guarda estrecha relación con las razas. Así, la mortalidad, da... Para los blancos: 16 por mil (igual a la general de Buenos Aires). Para los negros: 27 por mil. Para los mestizos: 32.7 por mil (el doble que los blancos). Para los indios: 54 por mil (más que triple que los blancos) (...) 6a.- La mortalidad general es función principalmente de dos factores, la tuberculosis y la letalidad infantil... A los niños menores de 5 años corresponden 29,6 % (un tercio del total). El 79% de estas defunciones infantiles procede de los menores de dos años y, todavía, las cuatro quintas partes de este porcentaje afectan a los que no han cumplido un año. (...) 7a.- La mayor mortalidad infantil corresponde a los hijos ilegítimos en todas las razas, en todos los distritos y para todas las enfermedades”.

La misma comisión propuso un “Proyecto de Estatutos para la Constitución de una Sociedad Protectora de la Infancia”:

Dada la complejidad de las causas de la mortalidad infantil, la Comisión propone que se organice en Lima una gran institución filantrópica que estudie y aborde la solución de todas las cuestiones relativas a la defensa de la infancia, teniendo en mira la trascendencia de su cometido y la urgencia de su labor, que desgraciadamente, entre nosotros, no es encargada por el Estado, que es el único llamado, según las modernas concepciones, a tutelar la salud de la colectividad [164].

Junta de Defensa de la Infancia: 1922-1930

En la primera fase del “Oncenio”, el movimiento feminista estaba ganando fuerza en el espacio político nacional. Expresiones de esta

mayor fuerza fueron: la promulgación, en 1922, de la Ley N.º 4526 que facultó a las mujeres mayores de 30 años poder formar parte de las Sociedades Públicas de Beneficencia; así como la organización, en el año 1924, del “Consejo Nacional de Mujeres” como entidad representativa de todas las asociaciones femeninas del Perú. El Consejo contó con treinta y seis sociedades afiliadas y funcionó hasta el año 1934. El 21 de diciembre de 1924 se inauguró en Lima la Segunda Conferencia Panamericana de Mujeres; en ella hubo una sección dedicada a estudiar el trabajo de la mujer, su protección y fomento, la asistencia social y el bienestar del niño. El Consejo y la Conferencia fue presidida por la escritora Mercedes Gallagher [166].

Como parte de ese movimiento sociedades femeninas, siguiendo el ejemplo de la “Sociedad Auxiliadora de la Infancia”, crearon Cunas Maternales y Gotas de Leches; la dirección de cada una de ellas estaba sujeta a la reglamentación interna de las entidades que las habían dado origen, casi siempre como reacciones emotivas frente a la triste condición del “niño desvalido” en el país. No había unidad técnica ni administrativa, sólo la había en el sentimiento de una urgencia en la acción. Fue una primera etapa de un trabajo orientado por la caridad, sin normas que regularan y garantizaran una protección efectiva del niño [76, 167]. Sin embargo, lo realizado en esta etapa, básicamente por la iniciativa privada, creó una situación que obligó al Estado a iniciar el cumplimiento de sus responsabilidades constitucionales en la defensa del niño.

En el año 1922, por R. S. del 7 de abril, se dio el primer paso oficial para la organización unitaria de la protección de la infancia en el Perú, creándose la Junta de Defensa de la Infancia, entidad que representaba al Estado en todo lo relativo a la protección y defensa de la infancia. Para que dicha entidad cumpliera con las funciones encomendadas se le asignó rentas específicas por medio de sucesivas resoluciones supremas y de la Ley N.º 5176. Por esta última se le adjudicaba el 50% del impuesto a los boletos de entrada a los espectáculos públicos [61]. En el mes de julio del mismo año se realizó la “I Conferencia sobre el Niño Peruano”,

presidida por el Dr. Pedro de Osma, “donde se marcaron los derroteros que debían seguirse en la campaña de protección del niño” [76]. En su sesión de clausura se aprobaron 50 votos y conclusiones técnicas, entre las principales: la creación del “Instituto Nacional del Niño”, como estructura indispensable para obtener la unidad de acción social en favor de la infancia “desvalida”; además que era “absolutamente indispensable” la edificación y funcionamiento en Lima de un hospital especializado para la asistencia de la infancia [168].

Alrededor de dos años después de la creación de la “Junta de Defensa de la Infancia” fue aprobado su estatuto por decreto supremo del 25 de abril de 1924. En la nueva norma estaba prevista la creación del “Instituto Nacional del Niño” como órgano técnico de la junta para todo aquello que se relacionara con los fines de ésta. De acuerdo a su estatuto, la junta tenía como misión la protección de la madre y del niño desde el período prenatal hasta la adolescencia.

El “Instituto Nacional del Niño” se creó por decreto supremo del 26 de abril de 1925 e inició sus funciones bajo la dirección de Paz Soldán. El comité técnico de la junta organizó la propaganda en favor de la protección del niño tratando de crear así una conciencia popular sobre las prácticas de la puericultura. Debía, además, centralizar las relaciones de la junta con todas las entidades públicas y privadas existentes o que se organizaran para la protección del niño. Una de esas entidades privadas era la “Sociedad Auxiliadora de la Infancia” que seguía presidida por Juana Alarco de Dammert. Al inicio de 1930 el Instituto había creado y/o normado los “Centros de Salud Infantil”, en Lima y alrededores, la “Central de Maternización de Leche”, los “Roperos Infantiles”, las “Cunas Maternales”, la “Asistencia Maternológica” y la “Sección de Amparo Legal de las Madres Abandonadas” [61, 165].

Paralelamente, gracias a las gestiones de la “Sociedad Auxiliadora de la Infancia”, el 24 de agosto de 1923 se ordenó, por resolución suprema, la construcción del hospital que había sido recomendado, cuatro años antes, en la “I Conferencia Nacio-

nal sobre el Niño”. Para cumplir con lo ordenado se nombraron dos comisiones: una presidida por el Director de Salubridad, Dr. Sebastián Lorente, encargada de formular y presentar al gobierno los proyectos arquitectónico y funcional; y otra presidida por la Sra. de Dammert, encargada de: “Todo lo referente a la provisión de fondos para la realización de las obras y la administración del hospital al empezar su funcionamiento”. Las primeras obras se iniciaron al final del año 1924 en terrenos donados por la Beneficencia Pública de Lima. Una serie de decretos sucesivos crearon rentas para la continuación de las obras, las que unidas a los aportes de la Beneficencia y donativos particulares permitieron inaugurar el nosocomio el 1 de noviembre de 1929 con el nombre de Hospital “Julia Swayne de Leguía” y, luego, abrir sus puertas al público el día 2 de enero de 1930, siendo su primer director el Dr. Carlos Krumdieck [76, 111].

Después del derrocamiento de Leguía se ordenó, por resolución suprema del 19 de septiembre de 1930, la investigación de la “Junta de Defensa de la Infancia”, en especial de las gestiones financieras realizadas desde su creación, hacía 8 años; además se señaló a las instituciones que estaban incursas en esa investigación. Asimismo, por decreto supremo de ese mismo día se ordenó la reorganización de la junta y se nominó a las personas que la conformarían [111].

En el ámbito político ya existía conciencia de la alta vulnerabilidad del niño. La tasa de mortalidad infantil en Lima y el Callao durante el período 1920 y 1930 fluctuó entre un mínimo de 155 por mil (1927) y un máximo de 239 (1920), con una mediana de 197 defunciones infantiles por mil nacidos vivos:

... cuadro verdaderamente pavoroso de la mortalidad infantil en toda la República... Sólo nos referiremos a... la capital..., que es el lugar sin embargo en que más abundan los medios de protección de la infancia. Por fiebre tifoidea, paludismo, viruela, sarampión, escarlatina, tos convulsiva, difteria, influenza, tuberculosis, sífilis, meningitis, bronquitis, bronconeumonía, neumonía, enteritis, y otras enfermedades murieron (los niños limeños de 0

a 1 año)... según información recogida en la oficina del Cementerio, han sido sepultados (en los últimos 20 años) alrededor de 700 fetos por año... Este es el más trascendental de todos los problemas que el Congreso debe dejar resuelto a toda costa [19, 164].

Comisión Protectora del Niño: 1930-1933

Tres meses después de ordenada la reorganización de la “Junta de Defensa de la Infancia” se aprobó la R. S. del 22 de diciembre de 1930 que derogó todas aquellas disposiciones que daban vigencia jurídica a la junta y se nombró a la Comisión Protectora de la Infancia para sustituirla en todas sus atribuciones. En cumplimiento de esta resolución el Instituto Nacional del Niño pasó a formar parte, junto con el Hospital del Niño, de las entidades del ámbito de la mencionada comisión, la cual estaba presidida por el Director General de Salubridad Pública [111].

El 17 de junio de 1931, con amplias resoluciones supremas se aprobaron los reglamentos de los “Dispensarios de lactantes” y de las “Cunas maternas”, establecimientos puestos bajo el control técnico y administrativo del Instituto Nacional del Niño el cual a la vez dependía directamente, entonces, de la Dirección de Salubridad. De acuerdo con el reglamento de los “Dispensarios de lactantes”, la atención se ofrecía en los consultorios maternológicos, “creados para asistir al niño aún dentro del vientre de la madre”, y en los consultorios de lactantes, donde se atendía a los niños “de 0 meses a 2 años medio de edad, sanos o ligeramente enfermos... no hipertérmicos que estén en condiciones de volver a asistirse en su domicilio”. En estos centros se practicaba sistemáticamente la vacunación antivariólica.

Cada consultorio maternológico debía ser asistido por un médico obstetra, una obstetrix y una visitadora social. En tanto que los consultorios de lactantes debían estar a cargo de un médico pediatra a quien le estaban subordinados: la administradora del dispensario, las visitadoras sociales de higiene infantil y las enfermeras puericultoras. En lo que se refiere a las “Cunas maternas

les”, su reglamento establecía que debían recibir a “niños pobres de 0 meses a 4 años de edad, hijos de madres cuyas ocupaciones o condiciones económicas no les permitían concretarse exclusivamente a la crianza de sus hijos”; niños que permanecían bajo el cuidado de un personal especializado en su crianza desde las 7:30 a.m. hasta las 5:00 p.m., “hora en que serán devueltos a sus respectivas familias”. Cada cuna debía disponer del siguiente personal: un médico pediatra, una administradora, dos enfermeras, una visitadora social, nueve niñeras, una cocinera, un ayudante, una costurera, dos lavanderas, un mayordomo y dos sirvientas. Un Comité Social de Damas era responsable de llevar a cabo los programas médico-sociales del niño y de las funciones administrativas de la cuna [111].

Asistencia del lactante en Lima y en el hospital del Niño

Excepto los infantes enfermos que se atendían en las dos “Gotas de Leche” que la Beneficencia de Lima mantenía en la Recoleta y el Rímac, la asistencia de niños enfermos menores de un año estuvo a cargo del hospital de mujeres. Hasta 1924 era el viejo hospital Santa Ana donde se daba dicha asistencia. Los varoncitos mayores de 4 años eran tratados en la sala de niños del hospital Dos de Mayo. La antigua sala de “San José” del Santa Ana era la que servía para la hospitalización de los lactantes enfermos, generalmente acompañados por sus madres estuvieran sanas o enfermas. Esta sala servía, al mismo tiempo, para la enseñanza de la cátedra de Pediatría de la Facultad de Medicina.

Cuando el hospital Arzobispo Loayza reemplazó al de Santa Ana se dispuso que los niños fueran atendidos en su Pabellón N.º 4, no obstante que éste no había sido construido para tal fin; además, quedó prohibido la hospitalización de las madres junto con sus hijos. En este pabellón, a cargo del Dr. Miguel Morante, también funcionaba la clínica pediátrica de la Facultad de Medicina bajo la responsabilidad del Dr. Enrique León García. Recién en 1930, cuando comenzó a funcionar el hospital del Niño, Lima dis-

puso de un nosocomio especializado donde se podía atender al lactante enfermo con una tecnología moderna [168].

De acuerdo a información del Dr. Krumdieck, la mortalidad infantil intrahospitalaria en Lima era muy alta. En el arcaico “Santa Ana” se atendió, entre 1919 y 1924, a un total de 1 822 lactantes de los cuales murieron 632, con una mortalidad de 34,7%. Sorprendentemente la mortalidad se incrementó significativamente en el moderno “Arzobispo Loayza”; entre 1925 y 1930 se atendió un total de 2 769 lactantes y murieron 1 516 de ellos, con una mortalidad de 54,7%. Krumdieck atribuyó esa gran diferencia al hecho de que en el “Arzobispo Loayza” se separó al niño hospitalizado de su madre [76].

Después de la caída de Leguía se cambió el nombre del Hospital “Julia Swayne de Leguía” —el cual había iniciado sus operaciones en enero de 1930— por el de “Hospital del Niño”. El 5 de septiembre de 1930, Eduardo Goicochea asumió el cargo de director del Hospital y permaneció en él por 12 meses. Durante su gestión se nombró una Comisión Revisora de Cuentas del Hospital (resolución ministerial del 29 de abril de 1931) y se aprobó el Reglamento Interno del Hospital (resolución suprema del 3 de junio de 1931) [111]. El establecimiento tenía en operación 180 camas hospitalarias. En su organización se distinguían cuatro pabellones (de Lactantes, de Medicina Interna, de Cirugía y Ortopedia, y de Tisiología); cinco consultorios (de Oftalmología, de Oído-nariz-garganta, de Dermatología, Dental y de Fisioterapia); un Servicio de Rayos X y un Laboratorio Clínico. Desde que inició su funcionamiento, en 1930, hasta el final del año 1933 se registró un total de 1 684 egresos, con una mortalidad intrahospitalaria de 49% [76].

Antecedentes de la higiene escolar 1899

En 1899 el gobierno organizó y realizó el “Congreso Higiénico Escolar” en el cual se establecen las primeras pautas referenciales de la higiene escolar para ser cumplidas en todos los planteles del

país; para ello se encomienda a las municipalidades la organización de la Inspección Médica Escolar. Entre las principales pautas están las que corresponden a la higiene de los locales escolares (ventilación, servicios higiénicos, etc.); higiene del estudio (sistemas pedagógicos, salud mental del escolar) e inspección médico escolar (a cargo del médico titular).

Nueve años después de dicho congreso, el gobierno dio el primer paso en la administración estatal de la Sanidad Escolar en el Perú mediante la creación de una plaza para el médico del Servicio Médico Escolar de Lima, en el presupuesto correspondiente a 1908 del ramo de educación. En 1920 se amplió este servicio, que continuaba en el ramo de instrucción, al crearse plazas para médicos en Arequipa, Trujillo y el Callao; además de establecerse en Lima una Clínica Dental Escolar. En 1928 el gobierno reorganizó el Servicio Médico Escolar en Lima y el Callao al dotarlos de un médico principal, tres médicos auxiliares y ocho vacunadores [169].

Higiene y asistencia del trabajador

Normas de Policía Minera

En mayo de 1897 el tema editorial de la revista *La Crónica Médica* era la “Higiene Minera”. En su desarrollo se presentaba la problemática del trabajador minero en el país, haciendo la observación de que la misma no se había modificado significativamente desde los años coloniales:

No hay obstáculo que arredre al minero. Juega su vida, momento por momento, al azar de accidentes mil,... Particularizando más respecto al Perú, cualquiera que haya frecuentado un asiento minero, se impresionará del descuido completo de toda regla higiénica entre los llamados operarios... Pero no sólo la vida del minero está constantemente amenazada por diversos accidentes... Su salud está comprometida por causas mil. O es la demasiada prolongación de las horas de trabajo; ó la influencia antihigiénica de una iluminación defectuosa y de una atmósfera impura; ó el peligro del frío, del calor, con la permanencia ó salida brusca

en exageradas profundidades... No existe en la Escuela de Minas la enseñanza de la Higiene... En el Perú la morbilidad del minero es superior á la de Europa ó de otros países... por las condiciones de laboreo; y, los grandes enemigos desde tiempo inmemorial, han sido y son el alcohol, la pleuresía, el tabardillo (tifus), las viruelas, etc... Hasta hoy poco o nada ha significado la vida de un indio, de un operario. Su desaparición o muerte ha pasado desapercibida. !Quién se fija ó cuenta al indio minero que muere! Y sin embargo ese brazo es irremplazable [163].

Recién el 15 de marzo de 1901 se expidió el “Reglamento de la Policía Minera” el cual tenía por objeto establecer normas para evitar accidentes en las labores mineras; garantizar la salud de los operarios y dar seguridad en las relaciones de éstos con las empresas. Para efectos del cumplimiento de lo prescrito en el art. 8º del reglamento, se dictó el decreto supremo del 2 de julio de 1910, “Sobre Hospitales en las Empresas Mineras”, que ordenaba: “Los hospitales establecidos o sostenidos por empresas mineras, para asistencia de sus operarios, serán necesariamente regentados por médicos reconocidos en el país, debiendo estar dichos establecimientos bajo la vigilancia de la autoridad respectiva y de la Delegación de Minería”.

Este decreto originó el reclamo del representante de la “Cerro de Pasco Mining Co.” quien pidió al gobierno que el dispositivo fuera reconsiderado; dicho personaje argumentó, entre otras razones, lo siguiente: “Por cuanto, siendo la mayoría de sus empleados compuesta por americanos, éstos desean ser atendidos en su enfermedad por un compatriota que conozca las dolencias que le son propias y que hable su idioma... y que no puede tomar a su servicio un médico peruano, que tenga la misma [competencia] y sepa hablar inglés... y que, no es justo que se le obligue a tener a su servicio un médico diplomado en el Perú, desde que el mismo gobierno tiene muchas veces que emplear empíricos en combatir epidemias, por falta de profesionales”. Este pedido de reconsideración, escrito en términos tan inadecuados, motivó un severo informe de la Sección de Higiene de la Dirección de Salubridad; en dicho informe se demostró el es-

caso fundamento de los argumentos de la compañía lo cual determinó la desestimación del pedido [65].

El incremento de la población asalariada en el país y su mayor nivel de organización hicieron conveniente, políticamente, la promulgación de dispositivos legales de protección de la salud del trabajador. Uno de ellos fue la resolución suprema del 27 de noviembre de 1907 que ordenó a la “Peruvian Corporation” proveer asistencia médica gratuita a sus trabajadores empleados en la construcción de vías ferroviarias. Dieciséis meses después, por decreto supremo del 6 de marzo de 1909, se amplió el anterior dispositivo estableciendo que todas las empresas particulares que emprendían obras de construcción de vías ferroviarias y empleaban un número considerable de obreros debían aportar gratuitamente asistencia médica y medicamentos a empleados y obreros; así como poner en práctica medidas profilácticas para conservar los campamentos en buenas condiciones de salubridad y evitar el desarrollo de enfermedades epidémicas; además, el médico debía enviar un informe mensual sobre las actividades del Servicio a su cargo a la Dirección de Salubridad [65].

Las normas vinculadas con la salud de los mineros fueron, también, preocupación del gobierno de Leguía. Por decreto supremo del 2 de mayo de 1924 se decretaba que: “Toda explotación minera u oficina metalúrgica que se encuentre a más de 25 kilómetros de distancia de los lugares en que reside un facultativo, y, que emplee por lo menos 50 operarios, deberá disponer de un médico rentado por su respectivo dueño u arrendatario... (y) cuando el número de operarios sea menos de 50, las empresas deberán poseer un botiquín y un enfermero con conocimientos suficientes para administrar los primeros auxilios a los enfermos o accidentados”.

Luego, por resolución suprema del 15 de marzo de 1929, se actualizó el “Reglamento de la Policía Minera” de 1901 con el objeto de precisar sus regulaciones. Los Delegados Técnicos Inspectores o en su defecto los Delegados de Minería quedaban encargados de vigilar su estricto cumplimiento e informar a la Dirección de Minas lo que fuera pertinente [61]. Con relación a la efectivi-

dad de esas normas y otras vinculadas con la protección de la salud de los mineros es ilustrativo leer los siguientes comentarios hechos en esos años:

Las minas tienen hospitales para la asistencia de accidentados y enfermos, pero cuando un obrero, queda inutilizado... después de una breve estada en el hospital, apenas se constata momentáneamente mejoría, es dado de baja, al mismo tiempo que se le licencia como inservible del personal de la empresa. Y esos inválidos empiezan a arrastrar, sin ninguna responsabilidad para la empresa minera, una existencia miserable por su comarca nativa o por las calles de la capital a la que vienen en busca de la curación de sus males [171].

Normas sobre higiene y seguridad industrial del trabajo

Otros dispositivos importantes vinculados con el bienestar de la fuerza laboral fueron: la Ley N.º 2760 del 26 de junio de 1918 por la cual no se podía embargarse sino por deuda alimenticia las pensiones de montepío, así como los sueldos de los empleados públicos y los salarios de los obreros, artesanos y jornaleros y sólo hasta la cuarta parte; la Ley N.º 3022 del 18 de diciembre de 1918 sobre la construcción de casas para los obreros y empleados públicos; el decreto supremo del 15 de enero de 1919, que fijó en ocho horas la jornada diaria de trabajo; la Ley N.º 2851 del 25 de noviembre de 1919 sobre trabajo de mujeres y niños y la Ley N.º 3010 del 26 de diciembre de 1919 sobre el descanso obligatorio dominical extensivo a las fiestas cívicas. Estos dispositivos fueron derivados del paquete de proyectos originalmente presentados por José M. Manzanilla.

El gobierno peruano trató de regular, por vez primera, los problemas vinculados con la higiene y seguridad industrial con el decreto supremo de 29 de enero de 1926. En su parte considerativa se argumenta: "Que es necesario dictar las medidas... para la defensa de la vida y la salud de los obreros que trabajan en las fábricas, talleres, industrias en general... (y) establecer las condiciones

sanitarias que deben reunir los establecimientos...”; para decretar, en su parte resolutive, diez normas generales de higiene y seguridad industrial, la primera de la cual dice: “El Ministro de Fomento llevará a cabo por medio de la Dirección General de Salubridad, el control e inspección de la higiene y seguridad industrial en la República” [61].

Primeros auxilios y la Asistencia Pública

Asistencia Pública de Lima: 1911-1918

Por decreto supremo del 5 de diciembre de 1911 se crea la “Asistencia Pública de Lima” y se encarga a la Dirección de Salubridad Pública la organización del servicio. De acuerdo con la norma debería componerse de cinco secciones: tres dispensarios (profilaxia de las enfermedades venéreas, profilaxia de la tuberculosis y profilaxia de las enfermedades de la infancia), una Oficina para la lucha contra el alcoholismo, una Oficina para la lucha contra el alcoholismo y, por último, Puestos de Socorro para los accidentes.

El 25 de febrero de 1912, durante el primer gobierno de Leguía se inauguró en la ciudad de Lima el primer Servicio de Primeros Auxilios para la atención de emergencias médicas como una sección de la “Asistencia Pública de Lima”. Este servicio se hizo indispensable “para cubrir la gran demanda ocasionada por las turbulencias callejeras de orden político”. Fue instalada con seis puestos de socorro, uno por cada uno de los cuarteles en que estaba dividida en esos días la ciudad de Lima. La oficina central tenía un consultorio general, una sala para niños y el servicio de camillas con el fin de acudir a las llamadas en caso de accidentes [157, 172]. El 31 de julio de 1919 se dictó un decreto supremo reorganizando la Asistencia Pública, la cual se constituyó en una sección del Estado Mayor de Policía.

En la revista *La Crónica Médica* se elogiaba la inauguración de la Asistencia Pública y la orientación sanitaria adoptada, diciendo:

La obra... tiene vastas proyecciones. No se ha limitado el supremo gobierno a crear puestos de primeros auxilios y ambulancias urbanas, sino que, abundando en deseos de hacer... profilaxia é higiene, disminuir la mortalidad infantil y luchar contra la tuberculosis, las enfermedades venéreas y el alcoholismo, ha fundado también dispensarios servidos por especialistas, para curar gratuitamente a los menesterosos. Allí recibirán las madres pobres además de medicinas para sus hijos, lecciones prácticas de puericultura; se enseñará á los tuberculosos la manera de que eviten ser dañinos á quienes los rodean; se curará a los venéreos para impedir que propaguen sus males, señalándoles los peligros que representan para los sanos; se buscará reducir a la temperancia á los alcohólicos, tratándose al mismo tiempo las lesiones que genera el alcohol... [172].

Cinco años después de esa inauguración, la opinión de los editores de la misma revista había cambiado. En su editorial de marzo de 1917 criticaba:

La trágica muerte del poeta Leonidas Yerovi tan deplorada por la sociedad de Lima, ha venido a poner de manifiesto los graves defectos del servicio público de primeros auxilios. La Asistencia Pública no corresponde aquí a los fines para que fuera creada. Se ha descuidado lo que es de primera importancia: asistir inmediatamente y científicamente a las personas heridas o atacadas de accidentes en la vía pública. Por desgracia, al organizarse la citada institución fue mal orientada utilizándose los servicios de sus médicos en ambulatorios gratuitos, y relegando a segundo término, para los practicantes, el cuidado de prestar auxilios a los heridos o accidentados en las calles... Como está hoy establecido, los beneficios del puesto de primeros auxilios son demasiado modestos, y la policía o los transeúntes son los que conducen allí al herido, como Dios ayuda. Esa mala organización da necesariamente resultados deplorables: los heridos van infectados de la Asistencia Pública a los hospitales, los heridos se agravan al ser transportados de manera anticientífica, con medios primitivos, y aún fallecen antes de poder recibir cuidados profesionales... [173].

Departamento de Asistencia Pública: 1919-1933

Tomando como base el Servicio de Asistencia Pública de Lima, establecido en 1912, y los Sifilicomios que ya funcionaban, fue creado, por decreto supremo del 22 de febrero de 1923, el “Departamento de Asistencia Pública” como una dependencia del Ministerio de gobierno. Sus reglamentos interno y orgánico fueron aprobados en marzo y junio de 1923, respectivamente. En ellos se consideraban sólo dos secciones operativas: la de Primeros Auxilios y la de Profilaxia de Enfermedades Venéreas, en vez de las cinco que existían anteriormente [61, 157].

Entre 1925 y 1926 se crearon los servicios de asistencia pública de Arequipa, Cusco, Iquitos, Trujillo, Cerro de Pasco y Chiclayo; el de La Punta fue creado en 1929. Todos estaban bajo el comando del mencionado departamento [61, 157]. La organización de los establecimientos de asistencia pública en esas provincias fue similar a la de Lima. Así, por ejemplo, en el reglamento interior de la ubicada en Arequipa se consideraba como unidades estructurales: la Jefatura, la Sección de Primeros Auxilios, la Sección de Profilaxia Venérea y la Sección de Tratamiento de Enfermedades Venéreas. La principal misión de la Asistencia era “prestar auxilio inmediato de primera intención a todo accidente que pone en peligro la vida o la salud del individuo”.

Cuatro años después de su creación, el departamento de asistencia pública pasó a ser dependencia del Ministerio de Fomento por decreto supremo de enero de 1927. Se restableció el Servicio Médico Nocturno de la asistencia pública de Lima por resolución suprema del 1 de abril de 1931 y se reorganizó la asistencia pública de Chiclayo por resolución suprema del 9 de julio de 1932 [111]. En el año 1933 la asistencia pública sólo cumplía dos funciones esenciales: la asistencia médica-quirúrgica de urgencia y la profilaxia venérea.

Atención a los enfermos mentales

La apertura del “Hospital Civil de Misericordia”, llamado después “Manicomio del Cercado”, había respondido a la necesidad de superar una atención represiva de la “locura” basada únicamente en el maltrato y la reclusión, que hasta la primera mitad del siglo XIX había prevalecido en Lima. Para Casimiro Ulloa y su discípulo Manuel Muñiz, el orate era un enfermo que debía ser curado con medios “morales”, especialmente la ocupación activa, o con técnicas como la hipnosis y los ejercicios gimnásticos traídos de la experiencia sueca. El encierro en el manicomio sólo se justificaba por razones terapéuticas, nunca como medida de represión [174]. Pero, la vocación humanista de estos nuevos alienistas chocó con sus propias actitudes autoritarias y, especialmente, con la obsesión de la élite nacional por el orden urbano. Orden que implicaba el control policiaco del espacio urbano y de la conducta ciudadana.

Durante la República aristocrática la policía de Lima realizó una intensa campaña destinada a combatir la delincuencia, el vicio y la vagancia; además conducía a los orates, que deambulaban en las calles, hacia los calabozos de las comisarías y de ellas al manicomio del Cercado. Entre 1896 y 1908 la proporción de locos remitidos al manicomio por la policía (37%) era más mayor al llevado por sus propios familiares (35%). Una alta proporción de internamientos obedecía a razones represivas vinculadas con el orden urbano.

En los hechos, el manicomio formaba parte de todo un sistema de engranajes represivos cuyo punto de partida eran las obsesiones controlistas de las élites en el poder... La actitud de la acción policial que halló entre los galenos resultó finalmente favorable. Casimiro Ulloa consideraba al loco como un ser inherentemente peligroso (...) El empleo del terrible baño de camiseta era considerado por Ulloa, al igual que el encierro por Muñiz, como un tratamiento benéfico [174].

Por otro lado, la infraestructura física del “Hospital Civil de Misericordia” resultó insuficiente y disfuncional desde sus inicios

para cumplir con sus fines. Así lo había señalado su primer director, Casimiro Ulloa, a los cinco meses de su inauguración. En los años siguientes se tuvieron que hacer ampliaciones parciales para atender la mayor demanda generada por esa obsesión controlista, así como por la disfuncionalidad del establecimiento se incrementó. La sobrepoblación del manicomio hizo inviable el tratamiento humanitario de los pacientes [175]. Sin embargo, debieron transcurrir casi 30 años para que una comisión ad hoc, nombrada en 1887 por la Beneficencia, coincidiera con Ulloa sobre la necesidad de construir en Lima un nuevo hospital para enfermos mentales de ambos géneros.

A la muerte de Ulloa, en 1891, el cargo de director del “Manicomio del Cercado” fue ocupado por su discípulo el Dr. Manuel A. Muñiz (1861-1898), médico-psiquiatra y catedrático de Física Médica e Higiene. Persona de excepcionales dotes, ganó el concurso que para la construcción del nuevo “Manicomio Nacional” había convocado, en 1896, el gobierno de Piérola. Pero Muñiz murió muy joven en el año 1898, antes de cumplir los 37 años y no pudo realizar su proyecto. Durante su gestión, que duró siete años, Muñiz continuó con la política de Ulloa. Era partidario de la asistencia laica, con personal preparado; además quería que se construyera un nuevo manicomio en Lima y que se “adoptara un cuartel para lunáticos, dependientes de cada hospital general local”. También señalaba la conveniencia, económica y práctica, de la creación de colonias agrícolas [176].

José Casimiro Ulloa (1829-1891), fundador y director por más de tres décadas del manicomio del Cercado, fue el más famoso de los discípulos que, en 1851, Cayetano Heredia envió a París para que se perfeccionara. Ulloa tenía 22 años cuando llegó a Europa donde tuvo la oportunidad de estudiar en universidades francesas, así como de visitar el hospital de Saint Luc de Londres y la Salpêtrière de París. Al enterarse de la revolución liberal que desencadenó Castilla, en 1854, retornó al país para colaborar con el nuevo régimen; luego, dimitió en 1859 cuando conoció la intención del gobierno de anular la Carta Política de 1856. A partir de

esta experiencia inició su destacada carrera como político, ya sea en el gobierno como en la oposición. Casimiro Ulloa fue un liberal resuelto que se caracterizó por sus ataques contra los civilistas.

Durante la Guerra del Pacífico Casimiro Ulloa fue el organizador de la Cruz Roja Peruana y actuó como Cirujano en Jefe de los Ejércitos. Todo lo anterior no fue un obstáculo para su brillante labor académica: reformador de la enseñanza médica, fundador de casi todas las instituciones médicas de su época, secretario perpetuo de la Academia Libre y de la Nacional desde su fundación hasta su deceso, también lo fue de la Facultad de Medicina durante 35 años. Periodista nato, fue animador de varias revistas especializadas. Jorge Avendaño lo describe: “De carácter recio, liberal en sus ideas y tal vez muy rígido en sus procedimientos, despertó afecto y tremendas odiosidades”. Ulloa falleció el 4 de agosto de 1891, a los 62 años de edad [98, 174, 175, 176].

A la muerte de Muñiz, la Sociedad de Beneficencia no encontraba a la persona para que pueda reemplazarlo; en la Cámara de Diputados se propuso contratar los servicios de un profesional extranjero. En tales circunstancias en 1897 se optó por contratar y comisionar al Dr. David Matto para que estudiara en Europa todo lo relativo a la especialidad de psiquiatría, así como a la organización y gestión de este tipo de nosocomio para que luego él pusiera su nuevo saber técnico al servicio de la Beneficencia. A su regreso de Europa, donde permaneció 14 meses, inició su gestión como director del “Manicomio del Cercado” en 1899, cargo que ocupó hasta el día de su muerte en el año 1914.

Matto (1860-1914) es el mismo personaje que en páginas anteriores hemos presentado al tratar el tema de Bacteriología. Es un personaje notable como médico y como político. Como médico fue el primer catedrático de Bacteriología en el país y el formador de la primera generación de microbiólogos peruanos, además de ser director del manicomio. Como político perteneció al Partido Constitucional y en varias oportunidades ejerció interinamente su presidencia; fue Ministro de Fomento, durante los gobiernos de López de la Romana (04/11/02 a 07/09/03) y de Leguía (13/04/09 a

25/10/09) y elegido senador por el Cusco (1905-1910). Era subdecano de la Facultad de Medicina de San Fernando cuando falleció [176, 177].

En agosto de 1901 se conformó la “Comisión encargada de las obras del Asilo Nacional de Alienados” y dio inicio a la construcción del nuevo establecimiento, según el estudio de Muñiz y los planos del arquitecto Gauterot, bajo el control de una comisión económica. Después de avanzar en la obra física surgieron dificultades que paralizaron los trabajos en los terrenos de Magdalena. Recién en 1914 la Junta de gobierno, presidida por el entonces coronel Oscar R. Benavides, autorizó a la Beneficencia el reinicio de las obras para terminar con el mencionado proyecto. En 1915, Domingo Olavegoya donó 56 116 m² de terreno en Magdalena del Mar para que se ejecutase el proyecto.

A la muerte de David Matto, en 1914, último director del manicomio del Cercado, sólo quedaron al cuidado de los enfermos los Drs. Estanislao Pardo Figueroa y Wenceslao Mayorga, profesores de la Facultad de Medicina que desde el año 1896 prestaban sus servicios profesionales como médicos auxiliares. “Se volvió a pensar en la necesidad de contratar los servicios de un especialista extranjero que se hiciera cargo de la dirección del manicomio” [176]. El 1 de enero de 1918 comenzó por fin sus funciones el nuevo hospital con el nombre “Asilo Colonia de Magdalena del Mar”; con la obra física aún no terminada se internó a una población total de 606 enfermos. La mayoría de ésta, un subtotal de 561 enfermos de ambos sexos, habían sido trasladada desde el manicomio del Cercado. También se transfirió, al nuevo establecimiento, a todo el personal profesional, administrativo y auxiliar del antiguo manicomio. En esta oportunidad el Dr. Hermilio Valdizán fue nombrado inicialmente en el cargo de Médico-Residente del asilo; cargo que en 1920 recién fue elevado a la categoría de director. Asimismo, en mayo de 1918, de acuerdo con el nuevo reglamento interno del Asilo Colonia, fueron designados los Drs. Lorente y Caravedo Prado como jefes de servicios del mencionado asilo [178].

Al iniciar sus operaciones el Asilo Colonia se hizo evidente que su capacidad arquitectónica no era suficiente para atender la creciente demanda nacional y que no contaba con el equipamiento apropiado. Al Dr. Caravedo le correspondió el enorme mérito de interesar y de lograr que el filántropo Víctor Larco Herrera cooperara para la solución parcial de ese problema. Larco Herrera realizó grandes donativos con esa finalidad. El primer donativo fue de un millón doscientos mil soles. En 1919, Larco Herrera fue incorporado a la Sociedad de Beneficencia de Lima y encargado, a sugerencia de Caravedo, de la Inspección del Asilo Colonia [179].

Desde 1914 se había iniciado un movimiento humanista, ahora desde el Estado, en pro del enfermo mental. El gobierno nombró, por resolución suprema del 22 de marzo de 1914, una comisión para que elaborara un proyecto de legislación sobre alienados. Este mismo año Sebastián Lorente había intentado, sin éxito, de establecer un servicio de psiquiatría en la Prefectura de Lima. Comenzaban a destacar como líderes de este movimiento el citado Lorente, Caravedo y Valdizán. Al año siguiente, en 1915, Lorente y Caravedo fundan el primer consultorio de enfermedades mentales y nerviosas en el hospital Santa Ana. Luego, Valdizán logra establecer un segundo consultorio en el Hospital "Dos de Mayo" (1916). En 1915, Lorente y Caravedo cumplen con lo dispuesto en la resolución de 1914 y formulan el primer proyecto de legislación en el Perú sobre la asistencia de los enfermos mentales. Caravedo realiza las primeras observaciones en el país sobre las ventajas del trabajo y del sistema abierto en el tratamiento de enfermos psiquiátricos, sistema utilizado durante la construcción del Asilo [179].

Durante la gestión de Valdizán como director del Asilo Colonia, con el entusiasmo de Caravedo y Lorente y con el apoyo económico del Sr. Larco Herrera, se efectuó la segunda reforma psiquiátrica en el Perú avanzando de esta manera en la humanización de la atención dirigida a los enfermos mentales. A pesar de la primera reforma se continuaban utilizando los llamados medios de contención (baño de camiseta, alimentación forzada, camisas y sillitas de fuerza y otros de tipo represivo); ello no se explicaba sólo

por la conducta agresiva de algunos de los orates y por los excesos cometidos por unos guardianes —procedentes por lo general de la marina mercante— sino también por la conducta autoritaria de los anteriores directivos. La primera medida de esta segunda reforma fue la supresión del uso de los medios de contención, utilizando en su reemplazo otros más humanos y científicos. Esta medida provocó un conflicto con el personal religioso que administraba el establecimiento. Este personal, después de oponerse sin éxito a dicha medida, comunicó a las autoridades de la Beneficencia que se retiraba de dicha administración. Este conflicto fue objeto de discusión pública y de opiniones desfavorables a la posición adoptada por el personal citado. En *La Crónica Médica*, de febrero de 1919, se afirmaba lo siguiente:

El arcaico y anticientífico régimen de nuestros hospitales está en crisis... Cuando la Asistencia al hombre enfermo ha dejado de ser fruto de la caridad, cuando se ha convertido en obligación del Estado..., no puede sostenerse que continúe empírica: ella debe ser científica y bajo la dirección médica exclusiva... Cuando la agrupación piadosamente fundada por Vicente de Paúl, ha ejercido durante casi cincuenta años, entre nosotros la asistencia de los alienados imbuidos de estas ideas (anticientíficas y perjudiciales para el paciente), no tiene derecho para rebelarse cuando se le quita el poder omnímodo que poseía en el Hospital de Alienados y se le coloca bajo la dirección técnica de los médicos... Todos nuestros hospitales requieren en el día revisar sus reglamentos de acuerdo con el personal médico y reformar su organización estableciéndolos bajo la dirección médica, que controle y dirija su funcionamiento y oriente su asistencia... No es posible que las Sociedades de Beneficencia continúen constituidas en la forma actual...; si no se les reforma oportunamente, están fatalmente condenadas a inhibirse de la asistencia hospitalaria, dando lugar a la realización del proyecto de centralizar en un organismo autónomo y nacionalizado, todo lo que se refiere a tutelar la salud de la colectividad.

Coincidiendo con la opinión anterior, el diario *La Prensa* comentaba en sus editoriales: “Se ha producido en el nuevo asilo-

colonia de la Magdalena un conflicto de orden administrativo... En efecto, la administración de nuestros establecimientos de asistencia caritativa, y los detalles íntimos del funcionamiento de estos institutos se realizan hoy en la misma forma en que se realizaban hace sesenta años, cuando la actividad de estos establecimientos y su control curativo y de administración se hallaban inspirados en un concepto meramente caritativo y piadoso; y hacían de esa función más bien un deber religioso, que el cumplimiento de una obligación jurídica de asistencia social, con carácter higiénico y científico... La traslación del personal de asilados al nuevo local de la Magdalena, la persistencia de las referidas religiosas en la administración del establecimiento, transportadas con sus viejos métodos del antiguo local del Cercado, y la carencia de un personal suficientemente educado de enfermeros y de vigilantes, hacía, desde luego, que fuera fatal el conflicto, que hoy ha estallado entre los médicos, deseosos de que la reforma del local corresponda también una revolución terapéutica y administrativa y las antiguas gestoras del asilo, empeñadas, como es natural, en la conservación de una disciplina y de un método que su experiencia errónea y sus ideas conservadoras presentan como los mejores que pudieran emplearse. El conflicto, como se ve, no ofrece asidero para una solución contemporizadora, como pretenden algunos. O los hospitales y asilos de beneficencia son simples refugios gobernados por ideas de mera caridad y por métodos de administración sustraídos a toda dirección técnica; o ellos constituyen establecimientos modernos de asistencia y de curación...”.

Cuando se retiraron las Hermanas de Caridad (31 de marzo de 1919), éstas fueron reemplazadas por egresadas de la Escuela de Enfermeras de la Beneficencia de Lima, fundada en 1915 por iniciativa del Dr. Wenceslao Molina y bajo la acertada dirección de enfermeras inglesas contratadas por dicha beneficencia. El nuevo personal estuvo bajo la inmediata supervisión de la Srta. Sara Mac Dougall, enfermera inglesa especializada en la atención de pacientes psiquiátricos, traída en 1920 para cumplir tal función en el Asilo Colonia. Cuando se retiró la Srta. Mac Dougall, en 1929,

la Beneficencia contrató, en la misma Inglaterra, los servicios de la Srta. J. R. Cumming para reemplazarla [176, 178, 179, 180].

En 1921, se establece el consultorio externo de enfermedades mentales del Asilo Colonia el cual estuvo a cargo del Dr. Honorio Delgado quien le dio un sentido profiláctico. Al año siguiente, en 1922, los Drs. Valdizán y Delgado, inspirados por la importancia de la perspectiva profiláctica de las enfermedades mentales, formulan una Cartilla de Higiene Mental. El año 1927, por decreto supremo, se formó una comisión para que redactara un Proyecto de Ley sobre Alienados y Toxicómanos. Este proyecto fue aprobado en la Cámara de Diputados habiendo quedado al voto en la de Senadores el año 1930. Formaron parte de esta comisión los Drs. Lorente, en ese entonces Director de Salubridad, y Caravedo, como director del Asilo Colonia [179].

En 1929 se produjo la muerte de Hermilio Valdizán y en su reemplazo como director del Asilo Colonia fue elegido, por concurso, el Dr. Baltazar Caravedo quien asumió el cargo el 13 de septiembre de 1930. Caravedo solicitó y obtuvo el cambio de nombre del Asilo por el de hospital "Víctor Larco Herrera". De esta manera se quería señalar el sentido real del establecimiento y reconocer el apoyo al mismo del benefactor Larco. Durante su gestión se produjo una reorganización del hospital, enfatizando la promoción del médico psiquiatra y estableciéndose el Servicio de Asistencia Social, el Dispensario de Higiene Mental y la Escuela Mixta de Enfermeros en Psiquiatría, fundada en 1930 y reconocida como tal por el supremo gobierno en 1933 [178, 179].

Hermilio Valdizán (1885-1929) fue psiquiatra, maestro e historiador de la Medicina. Egresado en 1910 como médico de San Marcos, viajó luego a Europa donde efectuó estudios de historia de la Medicina y se especializó en la rama de Psiquiatría, en clínicas de Italia, Francia y Suiza. Nuevamente en el Perú optó el grado de Doctor en Medicina (1915); fundó la cátedra de Enfermedades Nerviosas y Mentales (1916) en la Facultad de Medicina; fue director del Asilo Colonia desde 1920 hasta el día de su muerte. Autor del *Diccionario de la Medicina Peruana*, *La Facultad de Medicina de Lima*, *La Medicina Popular Peruana*, entre sus principales obras.

Asistencia hospitalaria y regulación estatal

Asistencia hospitalaria en beneficencias públicas: 1877-1933

El desarrollo de la infraestructura hospitalaria y la prestación de servicios de hospitalización siguieron estando a cargo, fundamentalmente, de las beneficencias públicas. Pero ya era evidente que estas entidades no estaban en condiciones de atender, sin participación directa del Estado, las crecientes necesidades de reposición urgente y de ampliación de dicha infraestructura. El 31 de mayo de 1902, con relación a dichas necesidades, la Academia Nacional de Medicina opinaba lo siguiente:

Es indiscutible la necesidad de reemplazar el vetusto hospital de Santa Ana por otro nuevo... La hospitalización de los enfermos se ha transformado en el curso del siglo pasado [el Santa Ana había sido fundado en 1549]... El hospital de Santa Ana, que no puede correctamente denominársele de mujeres, desde que alberga en su seno una población heterogénea, no llena ya el objeto á que estaba destinado. De construcción primitiva y pobre arquitectura, ruinoso... amontonamiento de miseria, en el que si la muerte no hace más estragos, se debe á la abnegación sin límites que despliega el cuerpo médico y el personal adscrito á este tétrico establecimiento... Es por eso que evidencia [la Academia] la necesidad de establecer, en reemplazo del hospital de Santa Ana, tres edificios completamente independientes: un hospital general para mujeres, un hospital dedicado exclusivamente á los niños de ambos sexos y una maternidad... [Indican, además] la conveniencia del establecimiento de un sanatorio á orillas del mar... dedicado á la asistencia de los niños raquíticos, anémicos, escrofulosos... [182].

Además, ya existía un consenso general de que los hospitales, la mayoría construidos en la época colonial, necesitaban no sólo un mejor mantenimiento, sino también grandes cambios en su organización y gestión. Las grandes salas de hospitalización recibían indistintamente toda clase de pacientes: agudos, crónicos y convalecientes, cualquiera fuera su padecimiento; apenas se sepa-

raban los enfermos de medicina de los que requerían atención quirúrgica. Adicionalmente, los problemas económicos de las beneficencias determinaban grandes atrasos en el pago de los magros haberes de los profesionales de los hospitales.

En la Beneficencia Pública de Lima existía, desde 1921, la “Junta de Hospitales” la cual estaba presidida por el director de la Beneficencia. Este organismo colectivo debía ejercer la vigilancia de todos los asuntos concernientes con los hospitales, pero no había podido cumplir a cabalidad esta atribución por falta de un órgano responsable y ejecutor de sus disposiciones técnicas, económicas y administrativas; además, por su constitución actuaba de manera intermitente y su presidente no era, por lo general, un profesional médico. En razón de estas limitaciones se debió crear, a inicios del año 1933, la “Oficina Técnica de Asistencia Social” cuya principal atribución debía ser la de cumplir y hacer cumplir los acuerdos de la junta de hospitales [183].

La única sociedad pública de beneficencia que, en el periodo 1877-1933, desarrolló nueva infraestructura de asistencia social fue la de Lima. Financió las obras de construcción del Asilo Colonia de Magdalena, terminadas al final del año 1917; del hospital “Arzobispo Loayza”, iniciadas el 25 de mayo de 1915; así como el asilo de la infancia u orfanato de Magdalena del Mar. Además, bajo la gestión del Dr. Augusto E. Pérez Aranibar, aprobó los proyectos del asilo de mendigos, asilo de preservación moral, cámaras de lactancia, hospital de niños, además de otros diseñados y/o ejecutados en dicho periodo [184]. Como ya se comentó el 1 de enero de 1918, con la obra física aún no terminada, inició sus operaciones el asilo Colonia.

El 11 de diciembre de 1924, con ocasión de las fiestas del centenario de la batalla de Ayacucho y en una solemne ceremonia presidida por Leguía, se inauguró el hospital “Arzobispo Loayza” en reemplazo del cuatricentenario hospital de Santa Ana. En el acta de inauguración se hace constar que el hospital ha sido construido “para la asistencia pública y gratuita de las mujeres menesterosas y enfermas” e inaugurado “para aliviar el dolor de los po-

bres, bajo la bendición de Dios y la obediencia de la ley divina y del deber legal que ordenan asistir al enfermo y consolar al triste”. En julio de 1925 las pacientes del “Santa Ana” fueron trasladadas al nuevo hospital. Su primer director fue el Dr. Juvenal Denegri. El gestor principal de esta importante obra fue el Dr. Augusto Pérez Aranibar. Al final del período que estamos analizando el nuevo nosocomio disponía de un total de 569 camas hospitalarias [185, 186].

De acuerdo a lo que informa Miguel Rabi [186], las salas y los servicios del hospital Arzobispo Loayza, en su primer año de actividad, fueron los siguientes: (i) Pabellones N.ºs 1, 2 y 3, de Medicina General; (ii) Pabellón N.º 4, Párvulos de primera y segunda infancia; (iii) Pabellón N.º 5, Servicios Quirúrgicos; (iv) Pabellón N.º 6, Clínica de Ginecología y Clínica de Cirugía General; (v) Pabellón N.º 7, Servicio de Tuberculosis; (vi) Pabellón N.º 8, Enfermedades infecto-contagiosas y de la piel; (vii) Pabellón N.º 9, Cirugía de Niños; (viii) Servicio de Rayos X y Radio; (ix) Laboratorio de Química, Bacteriología y Hematología; (x) Instituto de Anatomía Patológica; (xi) Gabinete Electroterápico; (xii) Consultorios de Dermatología Sifilografía; (xiii) Consultorio Dental; (xiv) Clínica de Otorrinolaringología; (xv) Clínica Oculística; (xvi) Administración, a cargo de la Superiora Sor Rosa Larrabure; (xvii) Escuela de Enfermeras; (xviii) Servicio de Pensionistas o de Clínica de Pagantes.

La casa de Maternidad, que había sido trasladada al hospital de Santa Ana en 1877, permaneció en este local por 45 años ininterrumpidos. En el año 1922 la planta física del hospital Santa Ana es derruida parcialmente con el fin de dar paso a la prolongación del jirón Huallaga. En 1925 las pacientes del Santa Ana son trasladadas al nuevo hospital Arzobispo Loayza. En la parte no derruida siguió funcionando la Maternidad de Lima, que después de varias modificaciones y ampliaciones adoptaría, en 1943, la nueva denominación de “Hospital Maternidad de Lima”.

La mortalidad intrahospitalaria de los hospitales de beneficencia era muy alta, incluso en los hospitales modernos de Lima. En la revista *La Reforma Médica* se publicó un análisis de dicha mor-

talidad, para el quinquenio 1926-1930, en los hospitales Dos de Mayo y Arzobispo Loayza. En las tablas presentadas se muestra que la mortalidad intrahospitalaria fluctuó en el hospital Dos de Mayo entre un mínimo de 11,2% (1926 y 1930) y un máximo de 13,5% (1928); mientras que en el Arzobispo Loayza varió entre 13,7% (1926) y 16,5% (1930). La principal conclusión a la que llega el autor del análisis es:

Que nuestra mortalidad hospitalaria es muy alta; duplica y aún triplica las cifras usuales por el mundo... [siendo] las enfermedades epidémicas, endémicas e infecciosas las responsables de tal fenómeno... [Ello] Nos indica que por mucho que siga afirmando la Sociedad de Beneficencia que los hospitales son para los desvalidos, en realidad allí concluyen por ir los infectados, los heridos por la excesiva insalubridad que impera en Lima... [187].

En 1930 las sociedades de beneficencia pública mantenían hospitales en 44 ciudades del país con un total de 5 213 camas hospitalarias que en ese año habían atendido a 78 883 enfermos, con una productividad de 15 personas atendidas por cada cama hospitalaria disponible. Del total de esas camas, correspondían a Lima un subtotal de 1 535 y al Callao otro de 594. En el resto del país se distribuían de la manera siguiente: 400 en Arequipa, 200 en el Cusco, 200 en Puno, 214 en Ica, 180 en Pisco, 180 en Chiclayo, 150 en Cajamarca, 105 en Mollendo, 95 en Ayacucho, 92 en Chancay, 90 en Piura, 60 en Guadalupe, en Huancavelica y en Lambayeque, 51 en Tarma, 40 en Cerro de Pasco, 40 en Huancayo y para el resto de lugares cifras inferiores a 30. Del total de 5 213 camas correspondían a la Costa un subtotal de 3 775; a la Sierra, 1 373; y a la Selva, apenas un subtotal de 65 camas hospitalarias [99].

Al 31 de octubre de 1931 las sociedades públicas de beneficencia administraban en todo el país establecimientos con un total de 7 996 camas disponibles en hospitales, lazaretos, hospicios y otros establecimientos de caridad. De este agregado un subtotal de 5 213 eran de hospitalización y estaban distribuidas en 44 ciudades. La Beneficencia de Lima tenía en servicio 4 320 camas (54%

de ese total) que se repartían de la siguiente manera: hospital Dos de Mayo, 710; hospital Arzobispo Loayza, 569; la Maternidad, 306 (parturientas 182, niños 124); hospicio del Refugio (crónicos, inválidos, incurables y ancianos), 345; hospital Víctor Larco Herrera, 1 056; sanatorio Olavegoya, 217; puericultorio Pérez Aranibar, 933; asilo de mendigos 162 y escuela taller Santa Teresa [99].

Beneficencias extranjeras y asistencia hospitalaria: 1877-1933

La Sociedad Francesa de Beneficencia había sido fundada el 24 de junio de 1860 por gestión del entonces Cónsul General de Francia en el Perú, don Edmond de Lesseps. Una de las primeras iniciativas de la Sociedad fue la de reunir fondos para la construcción de una “Maison de Santé”, para la atención gratuita de sus compatriotas y de los extranjeros con un pago razonable. La primera piedra del edificio fue colocada el 15 de agosto de 1867. En mayo de 1870 fue firmado un contrato para la venida a Lima de cuatro religiosas de San José de Cluny para atender este nuevo hospital. El gobierno, por decreto del 18 de agosto de 1880, cedió a la Sociedad Francesa el terreno de propiedad de la iglesia de Guadalupe, sede de la “Maison de Santé”, que fue durante algunos años el único hospital de Lima, aparte de los que sostenía la Beneficencia. Su primer director fue un ilustre médico peruano: Dr. Manuel Odriozola [188].

La Sociedad Italiana de Beneficencia fue fundada el 23 de marzo de 1862 por iniciativa de José Canevaro. En 1881 fue erigido, dentro de modestas características, el hospital “Vittorio Emanuele II” en el antiguo colegio municipal de Guadalupe, con una capacidad de sólo seis camas hospitalarias. En 1883 se efectuó la compra del terreno para un nuevo local de dicho hospital; nuevo local que fue inaugurado solemnemente el 5 de junio de 1892. José Azzali, médico italiano llegado en 1877 y establecido en el Callao, tuvo a su cargo la dirección de su servicio de cirugía desde 1885. La congregación de las Hijas de Santa Ana estuvo muy vinculada al funcionamiento de este nosocomio [189].

La Comunidad Angloamericana y la Misión Episcopal Metodista habían iniciado conversaciones, en el año 1920, para edificar un hospital de 40 camas para la atención de dicha comunidad en el Perú. En estas circunstancias se presentó la oferta de venta de la “Casa de Salud” de Bellavista, que ya funcionaba como hospital desde 1906; oferta que fue aceptada. Para adquirir la “Casa de Salud” la Comunidad Anglo Americana se convirtió, el 16 de mayo de 1921, en la Compañía Anónima Limitada “British American Hospital”. La misión trajo de Estados Unidos al Dr. Warren Fleck, médico cirujano y superintendente del hospital, y a la Srta. Louise Kurath como jefa de enfermeras; ambos debían organizar el cuerpo técnico y poner en capacidad de funcionar el “British American Hospital” de Bellavista. La solemne inauguración del hospital se realizó el 30 de octubre de 1921, con asistencia del Presidente Leguía, el Ministro de Relaciones Exteriores y los embajadores de los Estados Unidos e Inglaterra, entre otras personalidades. El Dr. Fleck fue reemplazado, en noviembre de 1923, por el Dr. Eugene Mac Cornack quien en compañía de su esposa, una experimentada anestesista, dio inicio a una prestigiosa actividad quirúrgica que duró hasta 1939 cuando retornan a Estados Unidos. En 1927 el promedio diario de hospitalizados era de 37 [190].

Nuevas orientaciones sobre la asistencia hospitalaria pública: 1920-1933

El art. 55º de la Constitución de 1920 había establecido la obligación del Estado de fundar hospitales y de organizarlos en la República, lo cual significó el reconocimiento político de que la asistencia hospitalaria de los enfermos no era una obra de caridad, sino un deber del Estado moderno. Para iniciar el cumplimiento de este mandato, el gobierno expidió el decreto supremo del 4 de septiembre de 1925 por lo que ordenaba al Ministerio de Fomento que procediera a estudiar un “Plan General de Organización de la Asistencia Hospitalaria en la República” por medio de una comisión presidida por el Director General de Salubridad. Paz Soldán

actuó como secretario de la misma [61]. Al final del Oncenio, en 1930, el gobierno estaba a cargo del financiamiento de los gastos operativos de los hospitales de Contagiosos de Guía, de La Merced y de Niños “Julia Swayne de Leguía”, e iba a iniciar la construcción del hospital de San Ramón de Tacna.

El “Instituto Nacional del Cáncer” fue creado, como dependencia de la Dirección de Salubridad, por resolución suprema del 8 de febrero de 1924, para estudiar y combatir esta enfermedad. Su reglamento fue aprobado por R. S. del 20 de junio de 1924 y se fijó como personal mínimo un médico radiólogo, un ginecólogo y un anatomopatólogo. Luego, por R. S. de 25 de abril de 1924 se estableció el “Comité Permanente para el Control del Cáncer en el Perú” destinado a unificar la lucha contra el cáncer y servir de junta asesora al instituto. La resolución del 10 de septiembre de 1926 reconoció oficialmente la “Liga Anticancerosa”, luego denominada “Liga Peruana contra el Cáncer”, que reemplazó en sus funciones al Comité. La Ley del 15 de julio de 1927 señaló terreno para la construcción del futuro hospital del Cáncer [61].

Regulación estatal de la práctica privada en salud: 1877-1933

El 12 de abril de 1877, visto el proyecto formulado por la Facultad de Medicina de Lima, el gobierno de Mariano I. Prado aprobó el “Reglamento para el ejercicio de los diferentes ramos de la Medicina”. En su art. 1º se establece que: “Nadie podrá ejercer ramo alguno de las ciencias médicas, si no está provisto de un diploma profesional dado por la Facultad de Medicina”. En el reglamento se establecen los requisitos para obtener el diploma de médico, farmacéutico, obstetrix, dentista, preparador de drogas y de aguas minerales y de flebotomista. En su art. 5º se prohíbe ejercer a un mismo tiempo la Medicina y la Farmacia. Once años después de aprobado este reglamento el gobierno de Cáceres, considerando que “es necesario regimentar debidamente el ejercicio de la Medicina y de la Farmacia, a fin de evitar los abusos que se cometen con daño de la salud pública” promulgó el 28 de noviembre de 1888

la “Ley del Ejercicio de la Medicina y de la Farmacia”. En su art. 6º se prescribe que no será permitido abrir el servicio de una farmacia o botica, sino a los que posean el respectivo diploma de la Facultad de Medicina previas las demás formalidades establecidas en los reglamentos vigentes [61].

A partir de la vigencia de la Constitución Política de 1920 las acciones de regulación y control estatal en el campo del cuidado de la salud se fortalecieron y ampliaron su ámbito. Así se dictaron, durante el gobierno de Leguía y la gestión de Curletti como Ministro de Fomento, nuevas normas que formalizaron la participación de la Dirección de Salubridad en el control del ejercicio de las profesiones médicas [61, 111, 191]:

- Resolución suprema del 24 de agosto de 1922, que aprueba el reglamento que regulariza, controla y coloca bajo la supervigilancia de la Dirección de Salubridad, por intermedio de la Comisión de Farmacia o sus delegados provinciales, el ejercicio de la profesión farmacéutica, el comercio de drogas y funcionamiento de las herboleras. El reglamento consta de cinco capítulos: del ejercicio de la profesión farmacéutica, de los establecimientos de Farmacia, de las especialidades farmacéuticas, de las Droguerías y de las herboleras.
- Resolución suprema del 5 de enero de 1923 que, visto el proyecto formulado por la Comisión nombrada por R. S. del 15 de diciembre de 1922, aprueba el “Reglamento para el Ejercicio de la Profesión de Odontología en el Perú”, que se estructura en 29 artículos. En su art. 13º se establece que el ejercicio de la profesión queda sujeto al control superior de la Dirección de Salubridad Pública, la que lo ejercerá por intermedio de la Comisión Inspector de Odontología y los delegados provinciales.
- Resolución suprema del 10 de agosto de 1923 que, visto el proyecto presentado por la junta de vigilancia de la profesión médica y de la obstetricia nombrada por R. S. de 6 de abril de 1923, aprueba el “Reglamento para el ejercicio de la Medicina y la Obstetricia”. En la resolución se prescribe que la

supervigilancia de la profesión de la medicina y de la obstetricia es función propia del servicio nacional de sanidad, representado por la Dirección de Salubridad, que se ejercerá por intermedio de la junta de vigilancia creada por decreto gubernativo de 6 de abril de 1923.

- Las resoluciones supremas del 16 y del 22 de diciembre de 1930 de vigilancia del ejercicio de la Medicina, Odontología y la Obstetricia. En ellas se dispone que el Ministerio de Gobierno, para evitar el ejercicio ilícito de esas profesiones y atendiendo a las indicaciones del de Fomento, dispondrá que las autoridades políticas locales procedan a clausurar los consultorios ilegales.
- Las resoluciones del 16 y 30 de septiembre de 1931, por las que se crea y, luego, se amplía una comisión encargada del control deontológico y la vigilancia en el ejercicio de las profesiones médicas. Estaba constituida por delegados de la Dirección de Salubridad, de la Facultad de Medicina, de la Academia Nacional de Medicina, del gremio médico, de la Escuela de Farmacia, del gremio de farmacéuticos, del Instituto de Odontología, del gremio de odontólogos y de la Asociación de Obstetrices.

A inicios del siglo xx, además de la “Maison de Santé” y del hospital Italiano, ya funcionaban en Lima algunas clínicas privadas. La más importante era la ya citada “Casa de Salud” de Bellavista. Su local había sido construido en 1800 para convento de las Madres de Visitación. Más tarde fue cuartel y en 1886 fue adquirida por la colonia italiana y convertido en hospital. En 1910 lo adquirieron dos médicos italianos que lo reconstruyeron y equiparon con los medios necesarios. En 1921, como ya se narró, fue adquirida por la colonia angloamericana [190]. En 1919 los Drs. Lorente, Valdizán y Caravedo establecen en Bellavista la primera clínica psiquiátrica privada, que funcionaría hasta 1930. Una nueva clínica psiquiátrica, bajo la dirección de Honorio Delgado, comenzó a funcionar en 1930 en La Perla. Además de las menciona-

das, funcionaban las clínicas “Villarán”, “Febres”, “Dulanto”, “Pasquel”, entre las ubicadas en Lima.

Sin embargo, del crecimiento de la práctica privada en el campo de cuidado de la salud, hasta el año 1922 no existían dispositivos que precisaran la acción de regulación del Estado en el funcionamiento de las clínicas u otras entidades privadas afines. Recién el 17 de noviembre de ese año se dictó un decreto supremo que establecía: “Las clínicas, casas de salud y establecimientos de asistencia particular, estarán bajo la vigilancia de la Dirección de Salubridad Pública, la que determinará las condiciones y requisitos que deben reunir para su funcionamiento y apertura, siendo entendido que ningún establecimiento podrá funcionar sin estar a cargo de un médico que la dirija”. Este decreto se justifica argumentando: “Que es necesario que dichos establecimientos estén sujetos a procedimientos en armonía con las prescripciones científicas al respecto; y que es, por otra parte, conveniente, establecer la vigilancia en ellas, en conformidad con la Ley 2348”.

El reglamento del decreto recién fue aprobado el 9 de enero de 1925 por otro decreto supremo. Establece en su art. 1º que no se permitirá la apertura de ningún establecimiento de asistencia médica particular, sin autorización de la Dirección de Salubridad Pública, “la que sólo la concederá cuando el establecimiento por abrirse reúna las condiciones y requisitos que este reglamento señala”. Además, el decreto supremo del 22 de agosto de 1924 había ampliado el ámbito de control estatal sobre las entidades privadas:

Todas las instituciones públicas y privadas, establecidas o por establecerse, que se ocupan de higiene, asistencia y profilaxia social, someterán sus programas y actividades al control de la Dirección de Salubridad Pública [61].

Saneamiento ambiental: Perú, 1877-1933

Problemas de saneamiento

Las pésimas condiciones de vivienda y salubridad urbana que existían en esa época en el país se evidenciaron nítidamente con ocasión de la aparición de la peste en el año 1903. Un gran número de las viviendas, edificios de puertos y ciudades eran de tiempos coloniales y del inicio de la República por lo que se encontraban en pésimas condiciones. En Lima la mayoría de las casas se caracterizaban por tener paredes huecas, cavidades amplias entre el entablado de las habitaciones y el suelo, adobes en la planta baja y paredes de quincha en la planta alta; es decir, condiciones propicias para el refugio de las ratas y otros parásitos. Según un estudio de la época, ni siquiera las mejores casas limeñas eran de concreto. Otra dimensión del problema de la vivienda en Lima era su tugurización.

En 1903 Rómulo Eyzaguirre, uno de los fundadores de la Dirección de Salubridad, realizó un estudio sobre la influencia de las condiciones de vivienda sobre la mortalidad en Lima, informando que:

Los callejones arrojan una mortalidad casi igual a la que se produce en los demás domicilios juntos... La mortalidad en los hospitales es considerable: si su cifra se agrega a la marcada para los callejones, se patentiza más las influencias de la miseria y la falta de higiene... [192].

En 1908 el médico Leonidas Avendaño y el arquitecto Santiago Basurco presentaron al gobierno un informe sobre las casas de “vecindad” de Lima; resaltando que el 66,7% de los habitantes de la capital sobrevivían en viviendas sobrepobladas e insuficientes y que todas las enfermedades evitables, endémicas o no, hacían grandes estragos en los callejones, solares, casas de vecindad y lugares análogos porque allí encontraban a sujetos debilitados “por el alcoholismo, la miseria, la ignorancia, la desidia” [193].

En 1909, en su tesis de doctorado en Medicina, Enrique León García realizó un análisis de las condiciones de vivienda en Lima. Según sus observaciones, antes del explosivo crecimiento demográfico registrado durante el “Oncenio”: el 77% de las personas vivían mal alojadas, el 10 % suficientemente alojadas y el 13 % gozaban con holgura del espacio habitable. Luego, datos del Ministerio de Hacienda señalaban que en 1920 la situación de hacinamiento había empeorado: el 42% de las familias de Lima vivían en un cuarto, mientras que sólo el 2% lo hacía en viviendas de más de 10 habitaciones

Once años después de haber sido denunciadas por Avendaño y Basurco las pésimas condiciones de higienización de las casas de vecindad de Lima, el Inspector de Higiene del Concejo Provincial de esta ciudad y futuro Ministro de Salud, Dr. Constantino Carvallo, informaba al alcalde los resultados de las acciones realizadas al respecto por la municipalidad:

Desde el año 1915,... fue mi preocupación... ocuparme del estudio del mejoramiento de las casas de inquilinato, en las que vive el pueblo, llamadas entre nosotros, casas de vecindad y callejones... me fue posible presentar en los últimos meses del año de 1916, un proyecto de ordenanza y un reglamento para emprender de manera sistemática y científica el saneamiento de las fincas de alquiler. Este proyecto... (se) promulgó como ordenanza el día 1ro. de marzo de 1917. Desde entonces,... no he cesado un solo momento en esta campaña [el informe tiene como fecha el 4 de junio de 1919]... La inspección ha realizado más de 20,000 visitas domiciliarias; ha pasado 2,000 notificaciones a los propietarios, indicándoles las reparaciones a efectuar en sus inmue-

bles...; ha pedido la clausura de 30 fincas, cuyas condiciones de salubridad así lo exigían; ha conseguido que se reconstruyan en las mejores condiciones 25 o 26 casas de vecindad... Bien poco se ha conseguido..., pero no es debido a que la labor no ha sido intensa; lo pequeño de lo ganado... se debe en primer lugar, a la indiferencia con que las instituciones dueñas de fincas han acogido esta ordenanza y a que no ha sido posible a esta inspección obligarlas a su cumplimiento... La Sociedad de Beneficencia Pública (dueña de una proporción enorme de casas de inquilinato en Lima), desgraciadamente no ha colaborado hasta hoy en esta campaña... el número de fincas de alquiler de la Sociedad de Beneficencia que amenazan ruina y cuyas condiciones de higiene me obligan a pedir su clausura, llega a 71. Los conventos y las comunidades religiosas, cuyos bienes forman hoy la Sindecatura Eclesiástica, tampoco han cumplido con la ordenanza... También es causa de dificultad en esta campaña la escasez de recursos pecuniarios de esta inspección y del concejo... Es además indispensable... que haga notar, la urgencia que existe de que se apruebe el plan general de saneamiento..., sobre agua potable, canalización y pavimentación, pues es del dominio público que la totalidad de las casas de vecindad carecen de agua, que sus canales son pésimos y que las condiciones de salubridad serán siempre mediocres, por más reconstrucciones que se hagan si estos servicios higiénicos primordiales faltan o son insuficientes... [132].

En 1933, no obstante las obras de modernización e “higienización” hechas en la capital del país, el problema de los callejones y casas de vecindad limeñas seguía sin solución. Poco fue lo que se hizo durante el “Oncenio” para el fomento y el mejoramiento de la vivienda popular. Cabe hacer mención al respecto los escasos resultados del decreto del 29 de septiembre de 1922 y la resolución suprema del 18 de julio de 1930, dispositivos en los que se ordenaba la instalación en todo callejón o casa de vecindad por lo menos: un inodoro, una ducha y un botadero, por cada diez habitaciones; es decir, facilidades ubicadas a una distancia no mayor de 25 metros de la habitación más alejada [111].

Las condiciones higiénicas de la vivienda en el resto del país eran peores que las de Lima. En los poblados de la Costa, especialmente en el centro y el sur, las casas eran de adobe; en tanto que en los del norte la quincha era el material de construcción más utilizado. Las casas de quincha, a menudo de doble pared, eran viviendas llenas de tabiques, huecos, perforaciones del suelo e intersticios imposibles de vigilar. Éstas eran hechas de material frágil y perforable, ofrecían un fácil refugio a los insectos y óptimas madrigueras a las ratas y otros roedores. Además, en diversos puntos de la Costa urbana imperaban los sistemas ineficaces de eliminación de desperdicios, las viviendas hacinadas y los depósitos de alimentos y granos, facilitando la proliferación de las ratas. Por otro lado, los mercados se improvisaban en las orillas de los ríos donde contaminaban el agua y el ambiente; las calles eran estrechas y tortuosas y no tenían pavimentación. Antes de la década del 20 la mayoría de localidades urbanas tenían acequias abiertas que recorrían la vía pública; las principales ciudades contaban con un sistema de alcantarillado cerrado pero precario y las viviendas tenían silos de poca profundidad que eran criaderos para las ratas. En la Sierra y la Selva la población rural sobrevivía en tambos, galpones u chozas, en los que la totora, la caña y el barro eran los principales materiales de construcción. Las acciones para la higienización de las viviendas rurales se reducían a las de control de roedores durante las campañas antipestosas. Además, a la ausencia de un sistema eficiente de baja policía se sumaba la ausencia o pésima condición de los servicios básicos de agua potable y desagüe. En los poblados más pobres, las viviendas consistían en una reducida habitación alzada con barro o caña [129, 130].

Modernización e higienización de Lima

Después de la Guerra del Pacífico y durante gran parte del segundo militarismo se asistió al inicio de la modernización y el desarrollo urbano de Lima. Este inicio se manifestó en la renovación de las obras urbanas: nuevas construcciones, ampliación de avenidas, pavimentación de las calles con asfalto, alumbrado públi-

co eléctrico y transporte. En 1906 se pone en funcionamiento el tranvía eléctrico con siete rutas y 40 kilómetros de vía. Asimismo, se construyen edificios públicos y grandes avenidas que se expanden fuera de los límites de las murallas coloniales, especialmente en dirección de los balnearios del Sur. Y también aparecen las primeras urbanizaciones tanto en terrenos baldíos al interior de la vieja ciudad, como en huertas y chacras ubicadas inmediatamente después del antiguo límite de las murallas. La ciudad comenzó a perder sus rasgos coloniales.

En la década de los años 20, los grandes cambios se aceleran en la capital, aunque benefician especialmente a la oligarquía y a los sectores medios. Aparecen automóviles, camiones y ómnibus de transporte humano, se avanza en el saneamiento y la pavimentación de la ciudad, se construyen grandes avenidas (Brasil, Leguía), plazas (San Martín) parques (La Reserva), barrios (La Victoria), monumentos y hospitales. Aparecen nuevas residencias y urbanizaciones que, al generar problemas de dotación de servicios sanitarios, obligan al establecimiento de normas de regulación para el desarrollo de estos asentamientos [61, 111]. Entre las nuevas normas de regulación sanitaria del crecimiento de Lima, destacan las siguientes:

- El decreto supremo del 6 de octubre de 1922 que ordena: “A partir de la fecha, no se podrá realizar urbanizaciones en Lima, Callao, Chosica y Balnearios, sin que previamente haya hecho la Dirección de Salubridad, el estudio de las condiciones sanitarias de ellas y sin que, además, los planos y proyectos hayan sido aprobados por la Dirección de Obras Públicas”.
- El decreto Ley de 1924 que creó la “Inspección de Urbanizaciones”, como dependencia de la Dirección General de Salubridad, a la que se encomendó la tramitación de todo asunto de urbanización en Lima y sus alrededores. Inspección que funcionó en esa Dirección hasta 1931, en que por un nuevo decreto Ley pasó a ser una dependencia de la Dirección de Obras Públicas.

- La resolución suprema del 22 de agosto de 1924, que aprobó el “Reglamento de Urbanizaciones”. En su art. 48º se señala que todo proyecto de urbanización debe comprender: el trazado de la nueva población o barrio, así como los estudios de agua potable, de desagües y canalizaciones, de obras de pavimentación y aceras, de instalación de alumbrado público, de obras de ornato y de vías de comunicación.
- Hacia 1925 se creó la Dirección Técnica de la Dirección de Salubridad que incrementó el control sobre las construcciones. En el ámbito nacional se refaccionaron los puertos con medidas antirratas; se difundió el uso del concreto y asfalto, así como el mejoramiento de los servicios de agua y desagüe.
- La Ley N.º 6186 del 28 de abril de 1928 que prescribe: “La implantación de tuberías de agua potable en las calles de toda zona urbanizada en formación o en urbanizaciones ubicadas en los alrededores de las poblaciones de la República, se ejecutarán necesariamente con la intervención directa del gobierno y con la sujeción a las especificaciones que éste formule”.

En realidad, Lima estaba creciendo en forma que escapó a toda previsión. A fines del siglo XVIII Lima había ocupado apenas 456 hectáreas; en 1908 esta superficie se había triplicado a 1 292 hectáreas. Según el censo de 1920, la ciudad tenía una extensión de 1 426 hectáreas y según el de 1931, un total de 2 037 hectáreas; es decir, que en los últimos 11 años del período estudiado había tenido un aumento de 55,6 hectáreas por año o un incremento total de 611 hectáreas que representaba casi el 43% del área ocupada en 1920 [194].

Obras y servicios de saneamiento urbano

Obras y servicios de saneamiento: 1877-1920

Como parte del inicio de la modernización de la ciudad de Lima, entre 1895 y 1919 se mejoró la red de cloacas de la ciudad y se aumentó la calidad y la dotación de agua potable. Se siguió cons-

truyendo la red de albañales de la ciudad de Lima, aunque con interrupciones. En 1901 se informaba que se había llegado a construir 55 kilómetros de esa red, a un costo de 1 248 299 soles [194]. En lo que se refiere al problema de las basuras en Lima, una solución parcial fue su traslado en carretas a los llamados muladares. En la ciudad de Lima, por ejemplo, gran parte de las 60 toneladas de basura, que en 1903 se producían diariamente, eran llevados a muladares ubicados en los márgenes del río Rímac. Para entonces ya estaban en el perímetro urbano. En el de Tajamar, los cerdos se alimentaban de desperdicios y cerca del muladar de Monserrat existía un matadero.

El gobierno central estuvo preocupado por el problema de insalubridad en el resto de ciudades del país; por ello trató de dar impulso a las obras de infraestructura sanitaria en provincias. En este sentido se promulgaron más de 50 leyes o resoluciones legislativas para financiar, con asignaciones presupuestarias o vía empréstitos, dichas obras en las principales ciudades del país. Por ejemplo, la ley de enero de 1895 que autorizó el Concejo Provincial del Callao el cobro de arbitrios específicos para dotar de agua y desagüe al puerto. En las otras ciudades del país los Concejos Municipales estaban a cargo de financiar las obras de provisión, conservación y distribución del agua para uso común, así como los otros servicios de higiene urbana [194]. Pero, estas municipalidades eran administrativamente muy débiles. Recién a inicios del siglo xx habían comenzado a formar una pequeña burocracia con regidores especializados en el cobro de tributos e inspectores entre los que se encontraba uno de higiene.

La consecuencia práctica de esa situación era la deficiente salubridad urbana en todo el país, principalmente por las pésimas condiciones en que se prestaban los servicios de provisión de agua de bebida y de alejamiento de aguas y materias excluidas. Además, las autoridades municipales estaban muy lejos de poder cumplir o hacer cumplir lo dispuesto en las normas del “Servicio de la Sanidad Terrestre”, que incluía once capítulos: (i) de los establecimientos industriales; (ii) de los mercados; (iii) de los mataderos; (iv) de los cementerios; (v) del reconocimiento y traslado de cadáve-

res; (vi) de las obras y edificios públicos y civiles; (vii) de los establecimientos higiénicos municipales.

Durante la primera gestión presidencial de José Pardo y siendo Ministro de Fomento José Balta se dictó el decreto supremo del 20 de enero de 1905 que, en su parte considerativa, señala:

los trabajos destinados a proveer agua potable y desagüe a las poblaciones constituye la base fundamental de la higiene pública y privada, cuyo estudio y supervigilancia corresponde al Ministerio de Fomento, por conducto de la Dirección de Salubridad, [y que en su parte normativa ordena:] Todas las cuestiones relativas a la provisión de agua potable i desagüe de poblaciones, correrán, en lo sucesivo, por la Dirección de Salubridad [65].

Luego de doce años del anterior decreto, durante la segunda gestión presidencial de José Pardo y siendo Ministro de Fomento Belisario Sosa, se expidió la resolución suprema del 30 de marzo de 1917 en la que se recordaba:

Que los Prefectos, tanto por ser presidentes de las Juntas de Sanidad Departamentales, cuanto por representar al gobierno en los Departamentos, corresponde vigilar que se cumplan las leyes, reglamentos y disposiciones sanitarias y procurar que se adopten todas las medidas conducentes a mejorar las condiciones de salubridad de las poblaciones del territorio de su jurisdicción. [Y, por ende, ordenaba:] Los Prefectos de los departamentos de la República, oyendo a los médicos titulares respectivos, presentarán dentro de un plazo de noventa días, a la Dirección de Salubridad, un informe acerca de las condiciones en que se verifican los servicios de agua y desagüe en las poblaciones de más de tres mil habitantes, comprendidas en el territorio de su jurisdicción;... En vista de los informes recibidos, la Dirección de Salubridad Pública propondrá la ejecución de las obras de mejoramiento de esos servicios, que sean posibles de llevar a la práctica con el auxilio de fondos fiscales y utilizando los elementos locales aprovechables... [111].

En esa misma resolución suprema se urgía a los prefectos que, sin perjuicio de aquellos informes, se pusieran de acuerdo con la “Junta de Sanidad Departamental respectiva” para dictar las dis-

posiciones conducentes a la protección de agua de bebidas de las poblaciones, vigilando el cumplimiento por parte de las municipalidades de las disposiciones sanitarias relativas a ese servicio y obligando que se lleven a la práctica, por quienes corresponde, las mejoras en la captación, conducción o distribución del agua, “que los médicos titulares indiquen y que la Junta de Sanidad apruebe” [111].

Obras y servicios de saneamiento: 1920-1933

Quince años después de estar vigente el decreto supremo del 20 de enero de 1905, fue derogado expresamente por el decreto del 20 de febrero del año 1920 el cual ordenaba: “Todas las cuestiones relativas a la provisión de agua potable, canalización de desagües y eliminación de basuras correrán en lo sucesivo por la Dirección de Obras Públicas. Queda derogado con este decreto el dado el 20 de enero de 1905”. El decreto de 1905 había otorgado esas atribuciones a la Dirección de Salubridad [61].

Pero, el decreto de 1920 fue rápidamente modificado, en lo que se refiere a la competencia sobre los proyectos, por uno nuevo aprobado el 8 de noviembre de 1921; este decreto estableció que todos los proyectos relativos a la dotación de agua y su purificación debían ser sometidos a la Dirección de Salubridad antes de dar comienzo a las obras. El argumento fue el siguiente:

La cantidad y la calidad de agua que se suministra para el consumo personal, el tratamiento y disposición de los desagües, de las basuras y otros desperdicios y el drenaje de áreas de terreno, ocupadas o no, son asuntos vitales todos, que afectan la salubridad de la Nación [61].

Durante la primera fase del gobierno de Leguía se otorgó una alta prioridad al desarrollo de las obras públicas de saneamiento e “higienización” de las principales ciudades del país. La Ley N.º 4126, del 12 de mayo de 1920, facultó al Poder Ejecutivo para que contratara la ejecución de las obras necesarias para dotar a las ciudades de Lima, Callao y otras 30 del interior del país, de apropia-

das instalaciones de agua y desagüe, pavimentación y eliminación de basuras aprovechando en lo posible, las instalaciones existentes y los estudios realizados sobre la materia. Fijó, además, las rentas y fuentes de financiamiento correspondientes. Parte de esas rentas había pertenecido a las juntas departamentales y concejos provinciales. Además, la Ley facultó al Poder Ejecutivo para proceder al saneamiento de otras poblaciones importantes, en la oportunidad y forma que se juzgase conveniente. Al igual que en el caso de otras obras públicas, se contrató a una empresa norteamericana —en este caso la “Foundation Company” — para la instalación de dichas obras. Esta labor se cumplió en el período 1922-1925 con un costo de 460 380 libras peruanas. Entregadas las obras, se canceló el contrato [195].

En cumplimiento de la Ley N.º 4126, el suministro de agua potable en Lima quedó a cargo del “Servicio de Agua Potable”, dependencia del Ministerio de Fomento; de esta manera la administración de tal suministro pasó del dominio municipal al gubernativo. Solamente en la ciudad de Lima se gastó 30 millones de soles para construir 200 000 metros de canalización, 360 000 metros de tuberías para agua y 1 300 000 m² de pavimentación, así como en el mejoramiento de la planta de captación y almacenamiento “La Atarjea”. Durante el “Oncenio” se construyó servicios similares a “La Atarjea” en Arequipa, Cusco, Paita, Trujillo, La Punta, Huacho Supe, etc. En síntesis, se instalaron aproximadamente, en las ciudades señaladas en la Ley, un total de 992 000 metros de tuberías de agua potable a un costo de 14,4 millones de soles, y se realizaron obras de desagüe a un costo de 10,0 millones de soles; en total 24,4 millones, que representó casi el 32% del gasto total en obras públicas realizado durante la Patria Nueva [41, 196].

La ejecución de las obras contratadas a la “Foundation Company” no fue totalmente satisfactoria, no obstante que muchas de ellas estuvieron bajo el control de la Sección de Obras Sanitarias de la Dirección de Obras Públicas. Las obras de saneamiento e higienización urbana realizadas fueron desbordadas en su capacidad de servicio en las ciudades principales; entre otras razones por defectos en su planificación y ejecución. Además, los trabajos

se habían desarrollado en forma incompleta y dispersa. En el caso de la ciudad de Lima, por ejemplo, no se llegaron a concluir instalaciones importantes para el abastecimiento de agua potable lo cual tempranamente determinó una disminución de la cuota personal de agua potable; en 1932 llegó a 290 litros y en 1933 a 260 por cada 24 horas. En un balance de los resultados de la aplicación de la Ley 4126, se concluye de la manera siguiente:

Desgraciadamente, factores que todos conocemos de orden económico y político han impedido la aplicación rigurosa de esta ley [...] La ejecución de sus obras de saneamiento originó el desarrollo (en Lima) de ciertos barrios o zonas que estimularon el capital privado fomentando la edificación en ellos,... en donde a medida que se ejecutaban las obras de agua, desagüe y pavimento la edificación se intensificaba, desarrollándose núcleos urbanos..., cuyas condiciones higiénicas eran superiores a las del centro de la ciudad, determinando un polo de atracción sobre el capital privado... [194].

En 1930 la administración de la mayoría de los servicios de agua potable y desagüe continuaba a cargo de los respectivos gobiernos municipales y algunos dependían de la Sección de Agua y Desagüe de la Dirección de Fomento. La administración municipal era ineficiente; esto se agravó con el debilitamiento de los gobiernos locales durante la coyuntura de crisis. Esta ineficiencia llevó al gobierno central a buscar la cooperación técnica internacional para integrar los varios servicios de agua potable y desagüe de Lima Metropolitana en un solo servicio que fue puesto a cargo de una nueva entidad: la “Superintendencia del Servicio de Agua Potable de Lima” [19]. En las ciudades no cubiertas por la Ley N.º 4126, las acciones municipales referidas al saneamiento consistían, generalmente, en captar el agua de un manantial o río cercano y en distribuir esta agua a la población. En cuanto al desagüe, se limitaban, casi siempre, en reunir a las “aguas negras” en un colector que las conducía al río más cercano si la ciudad estaba en el interior; al mar si la ciudad estaba cerca de la Costa; pero en ningún caso se depuraban tales aguas.

Las consecuencias de las limitaciones de las autoridades municipales y prefecturales para hacer cumplir las normas nacionales y municipales de higiene y saneamiento vigentes se expresan muy bien en el oficio del 16 de enero de 1930, que el Director General de Salubridad, Dr. Sebastián Lorente, envió al Sr. Alcalde del Concejo Provincial de Lima con motivo de las medidas de protección y control de las fiebres tifoidea y paratífica. En el oficio se afirma y se recomienda: “Se tiene conocimiento de que la disminución de los casos de fiebres tíficas y paratíficas que se observó cuando la purificación de agua de bebida quedó establecida (en Lima), se ha detenido y que existe una tendencia al aumento de esos casos... Es necesario pues actuar sobre otras causas tifógenas (cuyo control) corresponde a los servicios municipales...”. “El cultivo de los vegetales de tallo corto, que se consumen crudos, en terrenos irrigados con aguas excluidas o abonados con basura, está prohibido por la resolución suprema del 18 de agosto de 1911... prohibición que fue reiterada por la resolución suprema de 8 de septiembre de 1922... no obstante la tenaz campaña de control... hay todavía cultivos de este género (plantaciones clandestinas) cuyos productos se expenden en los mercados...”. “Las viandas preparadas en algunos hoteles y en casi la totalidad de las fondas y cocinerías (están contaminadas por incumplimiento de las ordenanzas al respecto)... razón por la que reitero a Ud... que se dé a estas prescripciones el más estricto cumplimiento, castigando a los infractores con las penas y las multas a que haya lugar... Algo análogo ocurre con la leche que se expende... A tenor de las disposiciones vigentes, la pasteurización de la leche antes de venderla al público, es obligatoria desde el 1º. del presente año (1930) y debe exigirse el cumplimiento de esta disposición; ...”. “La supresión de los muladares fue ordenada por la resolución suprema de 17 de julio de 1925; hasta entonces existían tres principales: el de Tajamar, el de Martinete y el de Monserrate... (este último) único que quedó habilitado para depositar las basuras de la ciudad, mientras se instalaba el horno crematorio y en el que se arregló una explanada para que los carros de la baja policía pudieran avanzar hasta el lecho del río y verter en él las basuras que las crecien-

tes del río se encargarían después de hacer desaparecer... Se instaló en seguida el horno crematorio, pero, como la capacidad de éste es de 70 toneladas como máximo y las basuras de la ciudad dan 120 toneladas diarias, sería necesario establecer otro horno complementario" [111].

Entidades vinculadas con la Salud Pública: Perú, 1877-1933

Sanidades de las fuerzas armadas

Organización de las sanidades

Por decreto supremo del 30 de marzo de 1904 se creó el “Servicio de Sanidad del Ejército y de la Armada” con la responsabilidad de “velar por la sanidad y la higiene” de las Fuerzas Armadas; el 11 de abril de 1911 se aprobó su reglamento. Luego, por decreto supremo del 31 de mayo de 1915, se independizó el “Servicio de Sanidad de la Marina”, del “Servicio del Ejército”. En concordancia con este último dispositivo, por resolución suprema del 31 de agosto de 1917, se resuelve que el Cirujano Jefe del Servicio de Sanidad Naval será miembro del Consejo Superior de Higiene [65]. Posteriormente, durante el “Oncenio”, la Sanidad del Ejército y la de la Marina, ya independizada de la anterior, continuaron cumpliendo sus funciones, limitándose a la atención de su personal. Nueve años después de la inauguración del Dispensario Byron, el 7 de julio de 1925 se promulgó la Ley N.º 5144 por la cual se crea un dispensario antituberculoso para el servicio del personal del Ejército; sus fines eran: el diagnóstico precoz, la designación de los enfermos susceptibles de curar en los sanatorios y, finalmente, la atención de un servicio especial para aquellos que por la índole de su proceso no puedan beneficiarse del servicio

sanatorial. Finalmente, por decreto Ley 7318 promulgado el 18 de septiembre de 1931 se creó el “Servicio de Sanidad Aérea”; norma modificada por la Ley 7442 del 5 de octubre de 1931 [111].

Con relación a la atención de la salud del personal de las Fuerzas Policiales, por resolución suprema del 4 de septiembre de 1924, se creó el “Servicio Médico de la Guardia Civil”, como dependencia del Cuerpo de Seguridad de la Guardia Civil. El nuevo servicio, a cargo de médicos civiles contratados, tuvo como su primer Médico Jefe al Dr. Julio R. Delgado. Funcionó en dos enfermerías ubicadas en la 3.^a y la 5.^a comisaría y en un servicio antivenéreo sito en la 2.^a comisaría del Cercado de Lima. En el año 1928 se crea la Enfermería Central de la Policía en el Cuartel de Guadalupe. Un año después, por decreto supremo del 12 de agosto de 1929, se crea y se organiza el “Servicio de Sanidad de gobierno y Policía” el cual se encargó de la selección, profilaxia y asistencia médica del personal policial. Luego, el nuevo servicio fue elevado, por decreto supremo del 2 de enero de 1931, al nivel administrativo de Dirección, a cargo del Coronel S.M.G. Dr. Carlos Rospigliosi. El cuadro orgánico de la Sanidad en 1931 estaba constituido por una dotación de doce médicos (en Lima, Callao, Arequipa, Cajamarca y Tacna) y siete odontólogos (en Lima, Arequipa, Cusco, Tacna e Iquitos) encargados de atender a los beneficiarios institucionales [111, 197]. En 1932 las Sanidades Militar, Naval y de Policía daban trabajo a 120 médicos.

Control de enfermedades venéreas en las Fuerzas Armadas

Una preocupación común de esas entidades fue la lucha contra las enfermedades venéreas que aumentaba su incidencia entre su personal. Según describe el Dr. G. Alarco, Coronel de Sanidad del Ejército, en 1911 ya se habían puntualizado las directivas de la campaña antivenérea en el Ejército:

... estableciéndose, por último, en el Reglamento del Servicio de Sanidad Divisionario del 15 de abril de 1924, que estas dolencias son sociales y que deben combatirse con medidas del

mismo carácter... disponiéndose para esto la gratuidad del tratamiento salvarsánico de la avariosis en el decreto supremo de mayo de 1924 [198].

Por otra parte, por amplios decretos supremos del 21 de abril de 1923 se dictaron medidas de carácter profiláctico para la dotación de la Marina, de la Gendarmería y Policía; el propósito era evitar la propagación de las enfermedades venéreas. Tales medidas estaban a cargo de los médicos de la marina y de la gendarmería y policía o, en defecto de aquéllos, de los médicos titulares. Luego, por decreto supremo de 19 de noviembre de 1928, se reglamentó el servicio de profilaxia antivenérea en el personal subalterno de la Armada Nacional a cargo de los médicos de los buques y dependencias de la Armada peruana.

En 1925 la Comisión de Higiene de la Cámara de Diputados vinculaba el incremento de la incidencia de la sífilis en el país con el Servicio Militar Obligatorio:

La gran difusión adquirida por las enfermedades venéreas, especialmente la sífilis, colocan ya a esta enfermedad, entre las que constituyen para nosotros un serio problema. Como ella es la única que tiene el terrible privilegio de matar, enfermar y degenerar el producto de la concepción, su desarrollo en un país de población escasa, adquiere caracteres de la mayor gravedad. Un factor importante de su propagación ha sido el Servicio Militar Obligatorio. El año de 1897 fue llamado el primer contingente... desde ese año a la fecha alrededor de 20,000 han salido de sus hogares, entre 18 y 24 años para cumplir con la ley... Cuando regresan a sus cuarteles [los conscriptos en licencia] el 27% están contaminados. Por regla general el temor a los prejuicios y a la vergüenza les hacen ocultar su enfermedad... Nuestra deficiente organización de profilaxia antivenérea, no ha permitido jamás curar definitivamente a estos enfermos. Con un tratamiento más o menos ligero, muchas veces sin él, estos soldados son dados de baja... Ahora bien, si se considera que la sífilis para su completa curación exige un período mínimo de cinco años, no habiéndose seguido con ellos un régimen, puede imaginarse la enorme difusión que ha adquirido esta enfermedad durante el tiempo que existe el Servicio Militar... [72, 73].

Sociedad Peruana de la Cruz Roja

Durante la Guerra del Pacífico [193]

Dos días después de la declaratoria de la Guerra del Pacífico, el 5 de abril de 1879, la Facultad de Medicina de Lima designó una comisión para que elaborara a la brevedad posible, un proyecto de organización de ambulancias que debían actuar en los campos de batalla. Ese mismo día se comunicó estos acuerdos al señor Ministro de Instrucción, Culto y Beneficencia. El 15 de abril se reunió nuevamente la Facultad y se aprobó el Informe y el Proyecto de la Comisión especial en el cual se proponía de manera detallada la organización de las “Ambulancias Civiles” que actuarían bajo la dirección de una junta central; estas ambulancias estarían conformadas por miembros designados por el ministerio del ramo de la Beneficencia. En el informe se comenta sobre el Convenio de Ginebra de 22 de agosto de 1864 (Sociedad de la Cruz Roja), “cuyos principios forman ya el Código Sanitario militar”. En la misma fecha, el Decanato de la Facultad envió dichos documentos al supremo gobierno, haciendo resaltar la gran ventaja que tales aportes tenían, sobre todo en lo referente a independizar las organizaciones civiles de las militares ya que al ser las primeras distintas a las segundas, deberían integrarse en sus esfuerzos, pues su finalidad era la misma, o sea, la asistencia y auxilio del soldado enfermo y herido de los ejércitos en campaña.

Dos días después, por decreto supremo del 17 de abril de 1879, el gobierno aprobó en todas sus partes el citado proyecto y dos días más tarde, el 19 del mismo mes, nombraba el personal para integrar la “Junta Central de Ambulancias Civiles”. Finalmente, la directiva de la Junta quedó conformada por Monseñor Dr. José A. Roca y Boloña, como presidente; el Dr. Manuel Odriozola, como vicepresidente; el Dr. José Casimiro Ulloa, como secretario; el Dr. Martín Dulanto, como prosecretario y el Dr. Pedro Correa y Santiago, como tesorero.

Con fecha 7 de mayo de 1879, tres semanas después del decreto de creación de las ambulancias civiles, el gobierno dicta otra

disposición por la que resuelve: “Que la denominación de la Junta creada por resolución del 17 de abril último, sea en lo sucesivo la de Junta Central de Ambulancias de la Cruz Roja en el Perú” y en un artículo siguiente indica que dicha Junta debía dirigirse oficialmente al gobierno de Chile para que se conceda a las ambulancias del Perú las facilidades y garantías acordadas por la Convención de Ginebra

En nota del 3 de marzo de 1880 enviada a Ginebra, el presidente del “Comité Central de Ambulancia Civiles de la Cruz Roja en el Perú” solicita al presidente del Comité Internacional de Cruz Roja la incorporación oficial de su representado a este Comité. Fundamenta su solicitud de la siguiente manera: “El gobierno del Perú que se había adherido ya al Convenio de Ginebra con fecha 2 de mayo de 1879, ha creído dar un nuevo decreto, que responda a su más amplia adhesión, poco explicada en el primero. En este sentido se ha expedido el decreto del 25 de Febrero en el Diario Oficial (...) Al mismo tiempo estoy autorizado, por la resolución del gobierno,... a dirigirme a ese respetable Comité... para obtener nuestra incorporación (...) El Comité Central del Perú ya ha organizado cuatro ambulancias civiles, que se encuentran establecidas sobre el teatro de operaciones y que han rendido servicios considerables a los heridos de las naciones beligerantes (...) Por el hecho del retardo de la organización de las ambulancias militares que ha creado recientemente el gobierno del Perú, las ambulancias civiles se han encargado del servicio en los hospitales militares y civiles, al mismo tiempo que seguían al ejército para asistirlo en las batallas”. Finalmente, por circular N.º 45, del Comité Internacional de la Cruz Roja en Ginebra, publicada el 8 de mayo de 1880, se reconoce internacionalmente la existencia en el Perú de una Sociedad de la Cruz Roja, la primera en América, cuya fundación se remonta al mes de abril de 1879.

Durante la Guerra, la junta organizó cuatro “ambulancias civiles” que actuaron primero en la Campaña del Sur, asistiendo a las batallas de San Francisco, Tarapacá, Tacna y Arica y, posteriormente, en la defensa de Lima en las batallas de San Juan y

Miraflores. Especialmente al comienzo de la guerra ellas tuvieron que reemplazar a las formaciones sanitarias militares que fueron tardíamente puestas en marcha. La abnegada y meritoria labor realizada por tales ambulancias están registradas en los archivos de la institución y en múltiples testimonios de las autoridades militares peruanas y chilenas.

Después de la Guerra con Chile [193]

Con el tratado de paz, las “gloriosas ambulancias civiles” entraron en inactividad, por lo que era necesario reestructurar la organización de la junta para adecuarla a las nuevas necesidades de tiempos de paz. En respuesta a tales necesidades, el supremo gobierno creó la Sociedad Peruana de la Cruz Roja, con fecha 11 de mayo de 1886, y señaló sus nuevas funciones. La primera junta central o directiva de la nueva sociedad estuvo presidida por el Sr. Aurelio Denegri. La labor realizada en esta segunda etapa fue, fundamentalmente, de auxilio en tiempo de paz. Aunque, debió intensificar su labor durante los conflictos internos, sobre todo en el año de 1895, durante la toma de la capital por las tropas revolucionarias.

La Sociedad Peruana de Cruz Roja comenzó a languidecer hasta que en 1910, ante un posible enfrentamiento bélico con una vecina República del norte, sus dirigentes reactivaron la institución y resolvieron, el 5 de abril de ese año: “prestar su concurso al Servicio de Sanidad del Ejército, conforme a los fines de la Institución y de acuerdo con las decisiones de las Conferencias Internacionales de la Obra”. Por aquel entonces el Servicio de Sanidad del Ejército, reorganizado en 1904, se hallaba en mejores condiciones que en 1879 para actuar con eficacia. Fue por ello que la Cruz Roja concretó su labor a cooperar en los hospitales que colocados en las cabezas de las divisiones militares, se aprestaban para actuar en caso de tener que recibir heridos de guerra. Finalmente no se produjo el enfrentamiento bélico. Después vino la primera Guerra Mundial y la Cruz Roja entró nuevamente en años de relativa calma, siempre dirigida por el Dr. Sosa.

Después de la primera Guerra Mundial se replantean los fines de las Sociedades de la Cruz Roja en el mundo para que actuaran en labores propias de los tiempos de paz. Con base a esta nueva orientación se instala en París, el 5 de mayo de 1919, la “Liga de Sociedades de Cruz Roja”. El viejo lema *Inter armas charitas* es reemplazado por el de *In bello et in pace charitas*. En el Perú, por resolución suprema de fecha 2 de octubre de 1922, se completa el comité directivo y se ordena reorganizar a la Sociedad Peruana de la Cruz Roja. En los considerandos se precisa que la Sociedad, fundada en 1886, “ha prestado desde entonces importantes servicios al país, cada vez que ha sido necesario atender a heridos de guerra o prestar auxilios a las víctimas de accidentes o calamidades públicas, sirviendo, en todo tiempo, desinteresadamente, la causa de la humanidad y la cultura (...) Que es conveniente reorganizar la indicada Sociedad... a fin de que pueda entrar en un nuevo período de actividad y orientar su acción en la forma en que lo han hecho las sociedades similares de otros países, cumpliendo los acuerdos de la ‘Conferencia Internacional de las Sociedades de la Cruz Roja’, reunida en Ginebra en marzo de 1920...”. El Dr. Sosa fue elegido nuevamente como Presidente del Comité Directivo; permaneció en el cargo hasta el día de su muerte en febrero del año 1933. Con fecha 20 de junio de 1923, la Sociedad presentó al gobierno los estatutos preparados por el Comité Central; éstos fueron aprobados por resolución suprema del 22 de junio del mismo año.

Tres años después, por decreto supremo del 11 de diciembre de 1925, se ordena una nueva reorganización de la Sociedad Peruana de la Cruz Roja señalando que “además de los fines propios de ese género de sociedades, que constan en los Estatutos aprobados por resolución de 22 de junio de 1923, tendrá el de servir de institución auxiliadora de la administración sanitaria del Estado, en: las labores destinadas al mejoramiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al alivio de los sufrimientos y calamidades públicas”. Asimismo, se precisa que el Comité Central Directivo presentará al gobierno un memorial donde se indicará la mejor forma en que se le puede prestar el apoyo oficial para la consecución de sus fines. Además, designó a cuarenta personas

como miembros del citado comité. Según G. Fernández Dávila, estos cambios tuvieron motivaciones políticas y que al entregar el memorial solicitado la Sociedad estaría aceptando su subordinación administrativa al gobierno. El memorial nunca fue entregado y el comité no llegó a estructurar sus funciones

Por decreto supremo del Presidente D. Samanez Ocampo, de fecha 19 de agosto de 1931, se designa el Comité Permanente de la Cruz Roja Peruana en reemplazo del Comité Central Directivo de la misma nombrado en 1925. Como Presidente Honorario se nombra al Ministro de Fomento, como Presidente activo al Dr. Belisario Sosa y como Secretario al Director de Salubridad. Se señaló que el comité “presentará al gobierno el plan de sus actividades, indicando, al mismo tiempo, la forma en que, a su juicio, puede prestarle su apoyo, en orden al mejor éxito de los fines de la institución”. Al igual que el decreto de 1925, éste pretendía subordinar a la Sociedad al gobierno, aunque no llegó a ser aplicado.

En febrero de 1933, después de una larga enfermedad, falleció el Presidente de la Sociedad, coincidiendo con el conflicto bélico Perú-Colombia. Por tales razones, el 23 de febrero de dicho año se dictó un nuevo decreto que modificó el anterior del 19 de agosto de 1931, nombrando un comité central de doce miembros. Esta nueva norma no indicaba ningún tipo de subordinación de la sociedad limitándose a nombrar las personas que se ocuparían, con amplia libertad para actuar, del nuevo desarrollo de la Cruz Roja. Dos días después el Dr. Miguel Aljovín fue elegido Presidente del comité central. El 12 de abril del mismo año, el comité central aprobó el nuevo estatuto de la sociedad, el cual fue aprobado el día 27 del mismo mes y año.

Sociedades públicas de beneficencia

Problemas macroadministrativos

El 2 de octubre de 1893, al final del gobierno de Cáceres, se promulgó la “Ley sobre Sociedades de Beneficencias” que clasificó a dichas sociedades en públicas y privadas; además precisó sus

objetivos que, en todos los casos, debían ser: el apoyo y protección de los desvalidos. Clasificó como públicas a las fundadas, sostenidas o fomentadas por el Estado y por las autoridades departamentales o municipales y a las declaradas como tales por el gobierno; y les otorgó la calidad de personas jurídicas. Las sociedades privadas, de manera distinta a las públicas, no podían adquirir, por donación o testamento, bienes raíces o rentas perpetuas. Las atribuciones de las públicas eran, además: (i) formular y modificar con aprobación del gobierno su reglamento; (ii) administrar sus rentas y bienes conforme a las leyes vigentes; (iii) administrar los establecimientos a su cargo; (iv) establecer cajas de ahorros y montes de piedad, previa aprobación del gobierno; (v) fomentar la asistencia a domicilio; (vi) establecer asilos de la infancia donde las rentas lo permitieran; (vii) aceptar la administración de bienes para objetivos en armonía con su institución; y, (viii) contratar para los establecimientos que de ellas dependieran los servicios de congregaciones religiosas destinadas a fines de caridad.

Con la ley... quedó ratificado y reforzado en el Perú el principio de que la asistencia social estaba fuera de la órbita del Estado... vino a formar parte de la misma corriente de ideas y de prácticas que había tenido expresión en la descentralización fiscal, en la ley de Municipalidades y en la existencia de organismos técnicos al margen de la burocracia y de la política como el Consejo Superior de Instrucción Pública... [200].

Cuando la Dirección de Salubridad fue creada en 1903, como dependencia del Ministerio de Fomento, los asuntos político-administrativos vinculados con las Beneficencias fueron tratados inicialmente por dicha Dirección, por entender de manera pragmática que la "sanidad y asistencia son inseparables". Pero, la ubicación de las Beneficencias en el ámbito de la Dirección de Salubridad no estaba formalizada y fue resistida por los directorios de esas entidades. Sus miembros, especialmente los de la Beneficencia de Lima, formaban parte de la élite nacional o del civilismo, y no aceptaban ese tratamiento. La influencia de estos directorios explica la promulgación posterior de la Ley N.º 1227, del 21 de enero de 1910,

donde se ordena que dichos asuntos fueran tratados por la Sección de Culto del Ministerio de Justicia e Instrucción. Esta decisión política, tomada durante la primera gestión de Leguía, fue interpretada como un retroceso técnico, además de ser duramente criticada por su falta de adecuación a la realidad sanitaria.

El 25 de septiembre de 1917 el gobierno de José Pardo presentó a la Cámara de Diputados un Proyecto de Ley Orgánica de Sanidad, que en su art. 2º estatúa que a la Dirección de Salubridad “le corresponde la vigilancia de los servicios de Asistencia Social dependientes de las instituciones de Beneficencia Pública, en conformidad con la ley orgánica del ramo”. El Proyecto no llegó a ser aprobado, a pesar de que el mismo Presidente en su Mensaje al Congreso de 1917 había manifestado: “Las funciones de profilaxia y asistencia son en muchos puntos inseparables...; que el ejercicio de la beneficencia es en mucho de naturaleza técnica y que el concepto acerca de la misma ha evolucionado... ella ha dejado de ser considerada como una simple función de caridad, para convertirse en un derecho a la asistencia para el individuo y en el deber correlativo para el Estado” [160, 201].

Posteriormente, el gobierno de Leguía nombró, en 1925, una comisión presidida por el Director de Salubridad para que elaborara un “Plan de Reorganización de las Sociedades Públicas de Beneficencia”; pero esta comisión nunca llegó a culminar la tarea encomendada. En 1929 el mismo Leguía, al inaugurar el Hospital “Julia Swayne de Leguía”, declaró:

nuestras Sociedades de Beneficencia responden a un criterio de la caridad ya caduco, que establece una irritante desigualdad entre el que la recibe y el que la otorga, y que está muy lejos de responder a las necesidades, cada vez más imperiosas, de la vida contemporánea. Por eso se impone su transformación en organismos flexibles y permeables a la acción tutelar del Estado [99, 185].

Todos los intentos realizados, desde 1903, para formalizar la ubicación de las sociedades de beneficencias en el ámbito de la Dirección de Salubridad fracasaron debido a la resistencia de sus directorios. No obstante, algunos de los miembros de estos órga-

nos directivos llamaron la atención, tempranamente, sobre las dificultades de gestión administrativa y financiera, derivadas de una normatividad obsoleta y de la creciente complejidad de las labores asignadas a las sociedades. Finalmente, en el año 1931 la Asamblea Constituyente nombró una comisión ad hoc para estudiar y presentar un proyecto de reforma de la Ley de Beneficencia, que recién se haría efectiva en 1935 [99].

Problemas técnicos y microadministrativos

En 1890 los problemas técnicos y microadministrativos en la atención hospitalaria prestada por las Sociedades Públicas de Beneficencias ya eran evidentes. La Academia Nacional de Medicina, en su “Informe sobre la nueva organización de la Asistencia Pública”, afirmaba lo siguiente:

El sistema que instituye, a las Sociedades de Beneficencia, como los cuerpos encargados del manejo y distribución de los bienes de los pobres, está generalmente conceptuado de bueno..., pero la manera como... llena sus deberes, en relación con la curación de los enfermos pobres, es mala... Los Inspectores dejan que los hospitales sigan sus cursos, fijándose tan sólo, y como la honorabilidad les sugiere, que la Administración sea lo mejor, esto es que se llene el presupuesto, aunque no haya ni medicina ni higiene... Los Inspectores no pueden recoger las verdaderas necesidades de los hospitales, ni menos transmitir las a la Junta particular, lo que nada podrá legislar para ellos en lo que ignora y no conoce... Los mismos hospitales están mal organizados, que podría decirse, que no son casas de enfermos, sino simples asilos para individuos pobres, que sanos o achacosos no requieren sino cama y sustento. Comenzando porque en ellos no existe una Dirección... no figura un director en todo el personal (no pudiendo llamarse tal al Inspector, que sólo inspecciona —en los pocos instantes que sus ocupaciones naturales les permiten— ni la Madre Superiora que... corre por hoy sólo con el cargo de administradora...), esos establecimientos funcionan como cuerpos sin cabeza, en lo que todo se ha omitido, no respondiendo en ellos de la vida y la salud de los enfermos, sino la

virtud y buena voluntad de las hermanas de la Caridad y la honorabilidad del Inspector... Bien comprende, la comisión, que aunque no consta en el Reglamento que rigen los hospitales, que las Madres Superiores sean sus Directoras... De nada de eso (los aspectos técnicos de la Medicina y de la Higiene vigente en ese período) se ocupan las administraciones de nuestros hospitales, para ellas basta que un enfermo esté acostado en su cama para suponerlo en condiciones de curación... el personal médico es poco menos que un elemento exótico, que es sólo soportado por la fuerza de la necesidad. El no tiene ningún derecho, ninguna franquicia, ni para el estudio, ni para el aprendizaje... [202].

Sin embargo, las autoridades de la Beneficencia no quisieron o no pudieron adoptar las medidas correctivas sugeridas en el informe de la Academia. Debieron pasar casi treinta años para que dichas medidas fueran tomadas no por decisión de esas autoridades sino como consecuencia del conflicto planteado en 1919 por el personal religioso del Asilo Colonia, que ya hemos comentado en páginas anteriores.

Asenjo y R. Lorca, médicos chilenos de visita en el país a mediados de la década del 30, hacían el siguiente comentario al comparar las Beneficencias del Perú con la de Chile:

No existe una Sociedad Nacional de Beneficencia, sino organismos locales y absolutamente autónomos. La Sociedad de Beneficencia de Lima es la que ha alcanzado auge mayor... El verdadero jefe de cada instituto es el inspector encargado. Los inspectores de Lima vienen a representar el mismo papel que los antiguos administradores de hospital de Chile, adoleciendo de los mismos defectos de no ser técnicos en la materia. Para subsanar esta deficiencia, por debajo del inspector hay un director técnico, más una madre superiora, que corre con la parte administrativa... Recarga enormemente el costo de administración, la existencia en gran escala de afecciones de larga hospitalización, pues, aún dejando a un lado la tuberculosis, restan el paludismo que es un verdadero problema, la fiebre ondulante que ha recrudecido desde 1926..., y la enfermedad de Carrión... [203].

Problemas económicos y financieros

Para tratar de resolver los crecientes problemas económicos y financieros de las sociedades de beneficencia pública, el gobierno dictó un conjunto de normas con el fin de aumentar sus rentas, entre las principales tenemos: (i) la Ley del 22 de septiembre de 1898, que las autorizó a la explotación del ramo de loterías; (ii) la resolución suprema del 5 de octubre de 1907, que formalizó los primeros estatutos del “Ramo de Loterías de Lima y Callao; (iii) la Ley N.º 643 del 14 de noviembre de 1907, que dispuso el no requerimiento del expediente judicial de necesidad y utilidad pública para la venta de bienes inmuebles pertenecientes a las Universidades, Colegios de Instrucción Pública, Sociedades de Beneficencia, Cofradías o Hermandades, bastando para su celebración la autorización del gobierno; (iv) el decreto del 17 de agosto de 1913, que reglamentó el arrendamiento de bienes de las Beneficencias y ordenó que sólo pudiera efectuarse en subasta pública y con arreglo a un conjunto de prescripciones detalladas en el mismo decreto; y, (v) para la conclusión del orfanato Pérez Aranibar y del hospital Arzobispo Loayza se había promulgado la Ley N.º 4518, del 5 de julio de 1922, por la que se creó el impuesto del 6% sobre los premios de la Lotería de las Beneficencias de Lima y Callao.

En 1915, la Comisión de Hospitales de la Sociedad de Beneficencia de Lima presentó un proyecto para declarar en lo futuro los puestos de médicos de los hospitales y consultorios sostenidos por la institución con el carácter de honorarios y gratuitos. Este proyecto tenía como base la oferta de servicios gratuitos hecha por especialistas jóvenes para hacerse cargo de consultorios de su respectiva especialidad. El proyecto motivó un comentario negativo en el editorial de *La Crónica Médica* y no llegó a ser aprobado. Las conclusiones del citado comentario eran las siguientes:

En resumen, el examen de las solicitudes hechas para prestar servicios honorarios en los hospitales, juzgado con criterio benévolo, pone de manifiesto á lo más, la existencia de actividades aprovechables en bien de los desvalidos sin aumentar los presupuestos de las casas; pero de ninguna manera permite de-

ducir la conveniencia de dar carácter honorario y gratuito á todos los cargos médicos de la Sociedad de Beneficencia que cuenta con medios suficientes para continuar remunerándolos. La retribución del trabajo es base de toda buena administración, y probables por ello, no serían el orden y la puntualidad las características del servicio médico gratuito en los hospitales. Por mucha abnegación y celo que se suponga en los médicos, no podrían en muchos casos por servir gratis á los pobres, desatender sus intereses personales hallándose obligados á encontrar exclusivamente en su clientela privada los medios de subsistencia... la Sociedad de Beneficencia cometería grave error sancionando el proyecto... y esperamos... le niegue opinión favorable. De todos modos tiene la adversa del cuerpo médico [204].

A pesar de las normas que el gobierno dictó para incrementar las rentas de la Beneficencia de Lima, sus crecientes gastos y altos niveles de ineficiencia en la operación y el mantenimiento de sus establecimientos, siguieron produciendo crecientes déficit financieros en sus presupuestos anuales. En esta situación, sus autoridades pretendieron reducir sus gastos restringiendo la gratuidad de la asistencia médica hospitalaria y congelando el monto de los haberes de los médicos que laboraran en sus establecimientos. Para formalizar la primera de esas medidas, se aprobó el decreto supremo del 28 de febrero de 1928, refrendado por el Ministro de Justicia, que en su parte considerativa decía: “Que es deber del Estado reconocer y amparar el derecho de los indigentes, a ser atendidos en los establecimientos de beneficencia pública, a la vez evitar que los que no son tales, se aprovechen, sin pagar suma alguna, servicios destinados a los que realmente carecen de medios para su asistencia”.

Asimismo, el mismo decreto en su parte prescriptiva decretaba:

Los enfermos que no acrediten su condición de indigentes, podrán ser atendidos en los diversos establecimientos, mediante pago sujeto a tarifas módicas, las que deberán ser aprobadas previamente por el gobierno, tanto para los servicios completos de hospitalización, cuanto por el despacho de recetas en los consul-

torios dispensarios o farmacias anexos a los hospitales de las Sociedades de Beneficencia Pública [61].

La congelación de haberes de los profesionales médicos, segunda medida instrumentada, fue criticada por José Carlos Mariátegui en los términos siguientes:

Puesta en el trance de hacer economías, la Beneficencia ha comenzado por los míseros haberes de los asistentes y externos de los hospitales... inconcebible en una institución cuyo objeto principal es, precisamente, la asistencia hospitalaria... La crisis económica de la Beneficencia, por sus efectos en los servicios hospitalarios, indica claramente que esa institución ha llegado cargada de años y de benemerancias, a la edad de la jubilación forzosa... Hoy se encuentra en la imposibilidad de pagar cinco libras mensuales a los médicos asistentes... Si algún servicio se quiere reservar a la Beneficencia, para conservarla por algún tiempo más como una reliquia histórica, que se le encargue la asistencia de los ancianos indigentes y de los mendigos. Esto sería tal vez la ocupación adecuada a su tradición y sus aficiones. Pero los hospitales deben pasar a manos más seguras y robustas... [206].

Refiriéndose a esa misma medida y a la situación profesional del médico en esos años, Paz Soldán escribía:

... la situación de verdadero proletario creada al médico en nuestros hospitales; el crecimiento del número de consultorios gratuitos, a menudo explotación de nuestro trabajo sin grandes beneficios públicos; la aparición de la asistencia de paga en provecho exclusivo de las Sociedades de Beneficencia... y mil otros aspectos más del abandono de los intereses vitales de los médicos, son testimonios inobjetables sobre que no hay todavía en el Perú una fuerte agrupación solidaria capaz de redimir al práctico de tan deplorable situación [207].

En los años 1929 y 1930 se informaba que los ingresos de 61 sociedades de beneficencia ascendían, en conjunto, a algo menos de 8,5 millones de soles oro, de los cuales 5,5 millones correspondían a la de Lima. La crisis general del país, durante el período 1930-1933, incrementó los gastos de asistencia y agudizó los pro-

blemas económicos de las beneficencias. La Beneficencia de Lima seguía siendo la más desarrollada y con mayores rentas; sin embargo en el año 1932 tuvo ingresos por 3,7 millones de soles y egresos por 4,9 millones, con un déficit de 1,2 millones de soles oro. Una consecuencia de estos problemas fue el crecimiento de los servicios pagados en los dispensarios y hospitales [99, 205].

Inicios del seguro social: Perú, 1911-1933

El negocio de seguros en el país: 1888-1895

Como Basadre lo puntualiza, en el año 1888, año en el cual se fundó la Cámara de Comercio, no existía en Lima ninguna compañía de seguros nacional y los seguros de riesgo se ofrecían por medio de agencias establecidas por cinco compañías extranjeras. En 1889 se estableció en el país la “Sud Americana Insurance Company”, con sede en Río de Janeiro, exclusivamente dedicada a seguros de vida. También lo hizo la “New York Life Insurance Company”, en la que comenzó a trabajar Augusto B. Leguía, tomando como campo de acción Piura, Lambayeque, Chiclayo, Pacasmayo y Lima obteniendo grandes utilidades. En 1888 Leguía organizó la empresa en el Ecuador y actuó luego en Chile y Bolivia; en 1890 ya era subgerente del Departamento del Perú, Ecuador y Bolivia, con residencia en Lima; tenía entonces 27 años. Las compañías de seguros nacionales comenzaron a funcionar sólo a partir de 1895 [208].

La primera iniciativa para establecer el Seguro Obrero: 1889

Basadre señala a Paulino Fuentes Castro como el primer peruano que escribió sobre seguros para obreros. Fue en el periódico *Nuevas Hojas para el Pueblo*, editado en 1889. Planteó ahí la tesis de

que era preciso introducir un sistema económico en las clases obreras que las hiciera conservadoras de su propio bienestar y que las resguardasen de la miseria, “asegurándoles días de consuelo para la vejez”. Como no era posible dejar a la legislación gubernamental esta obra. Fuentes pedía que fuese iniciada reformando las sociedades de auxilios mutuos y organizando cajas de ahorros especiales por iniciativa particular y con el apoyo de pequeños capitales. Después de fundamentar su iniciativa, hacía notar que en un mensaje del emperador de Alemania al Reichstag se había recomendado la sanción de leyes sobre seguros para obreros [208].

La Ley sobre Accidentes de Trabajo y su reglamento: 1911-1933

La presión de los movimientos laborales obligó al Congreso a aprobar la Ley N.º 1378 sobre “Accidentes de Trabajo”, promulgada el 20 de enero de 1911 durante la primera gestión de Leguía. De esta manera se iniciaba en América Latina este tipo de legislación.

Hasta entonces los accidentes de trabajo quedaban prácticamente indemnes, ya que su resarcimiento se regía por los dispositivos del Código de 1852, conforme los cuales, quien por sus hechos, descuido o imprudencia causaba perjuicios a otros, estaba obligado a repararlo; pero la culpa no se presumía, sino que debía probarse. Sin embargo... la ley no logró sacudirse completamente de la vieja teoría de la culpa... [57].

J. C. García explica ese dispositivo debido a la existencia de un fuerte interés del gobierno para favorecer a grupos financieros nacionales e internacionales a través de la ampliación de los seguros privados:

Leguía tenía relaciones con el capital económico internacional y había sido gerente general (antes de 1908) para Ecuador, Perú y Bolivia de la NW York Life Insurance Company que pertenecía al grupo Morgan. Más tarde organizó y dirigió la Sud Americana Insurance Company en Perú [27].

La nueva ley prescribía:

El empresario es responsable de los accidentes que ocurran a sus obreros y empleados en el hecho del trabajo o con ocasión directa de él. La presente ley sólo es aplicable a los obreros y empleados cuyos salario anual no exceda de cientoveinte libras peruanas de oro... El empresario podrá sustituir la obligación por indemnizaciones a que está sujeto en virtud de esta ley, por el seguro individual o colectivo de sus obreros o empleados, hechos a su costa, sin ningún descuentos a éstos, por accidentes de trabajo, en una sociedad de seguros debidamente constituida... (o depositar un fondo de garantía)... [65].

Pero debieron pasar 15 años desde su promulgación para que la “Ley sobre Accidentes de Trabajo” pudiera ser aplicada. Sólo como consecuencia de las reiteradas demandas de las organizaciones obreras esta norma legal fue instrumentada y reglamentada durante la segunda fase del Oncenio de Leguía. Por D. S. del 14 de mayo de 1926 se instituyó el “Fondo de Garantía” que respondería por la asistencia médica, las indemnizaciones y demás obligaciones prescritas en la Ley N.º 1378; y por D. S. del 25 de junio de 1926 se aprobó la “Reglamentación y Organización del Fondo de Garantía”. En el art. 1º. de dicho decreto se precisa que:

El fondo de garantía sólo cubre la insolvencia voluntaria o forzosa del industrial o propietario, frente al obrero accidentado [61].

Para el mejor cumplimiento del reglamento se creó, por decreto supremo del 26 de agosto de 1926, el “Consejo Superior Consultivo de Accidentes de Trabajo” presidido por el Ministro de Fomento. Formaban parte de este consejo otros doce miembros, entre ellos un personero de las compañías de seguros y un representante de los gremios obreros. El 19 de agosto de 1927 se dictó la resolución suprema que penaba con multas a los infractores del reglamento [61]. Tempranamente se advirtieron las limitaciones de esos dispositivos para la prevención de los riesgos y la atención apropiada de los accidentes de trabajo. En el año 1928 en *Acción Médica* se escribía:

[A la Ley 1378] Echáronla al olvido las autoridades, los empleados y los obreros mismos. Los poderes públicos no se preocupaban en hacerla cumplir, los patrones encontraban facilidades para burlarse y la clase proletaria renunciaba ingenuamente a sus beneficios a trueque de ocultas transacciones que la misma ley prohíbe [209].

La administración del Fondo de Garantía para responder a las obligaciones de los patrones derivadas de la Ley N.º 1378 pasó estar a cargo de una oficina dependiente de la Sección de Trabajo del Ministerio de Fomento; para ello se dictaron las Resoluciones supremas del 3 de noviembre de 1930 y del 1 de julio de 1931. Además, por decreto supremo del 29 de febrero de 1931 se reorganizó el Consejo Superior de Trabajo y Previsión Social [111].

El primer intento de creación de un Seguro Privado de Salud: 1928

El 25 de julio de 1928 por resolución suprema se autorizó la formación de la “Compañía Nacional de Seguros de Salud”, entidad privada a la que se le concedió la exclusividad para establecer en el país una compañía de seguros de salud y, además, para la expedición de certificados de salud. De acuerdo con lo dispuesto por dicha resolución: “Ejercerá sus actividades bajo el control de la Dirección de Salubridad... Tendrá la obligación de establecer dispensarios, consultorios y clínicas con el personal profesional competente y en número suficiente para atender las necesidades de sus servicios... La Compañía concesionaria no se ocupará de los asuntos relacionados con accidentes de trabajo... y estudiará, presentando al gobierno para su aprobación, la forma en que puede prestarse atención a los obreros cuyo estado de salud no les permite el trabajo diario”.

La R. S. autorizaba al Director de Salubridad para que, representando al gobierno, realice con el concesionario la escritura pública respectiva, incluidas expresamente las tarifas correspondientes, así como la reglamentación de la norma que concedía a la com-

pañía aquella exclusiva por el término de 10 años, a partir del inicio de sus actividades. La justificación de la expedición de esta norma fue que

el establecimiento del Seguro propuesto contribuirá a la defensa de la salud pública, proporcionando asistencia médica económica y eficaz a las clases trabajadoras [61].

Al publicarse la resolución se produjo la inmediata protesta de la orden médica. En estas circunstancias, el “Círculo Médico del Perú” —asociación de profesionales médicos, fundada en 1922 con fines deontológicos— se transformó en el “Sindicato de Médicos del Perú” y, bajo la presidencia del Dr. Fortunato Quesada, encabezó un movimiento médico nacional que a través de una “alturada protesta” obtuvo que se diera la resolución suprema del 5 de julio de 1929, que declaró sin efecto la del 25 de julio de 1928; esta manera se canceló la concesión otorgada a la compañía. Pocos años después de este primer triunfo gremial médico desapareció el sindicato [61, 210].

Educación y universidad: Perú, 1877-1933

Entidades educativas y la UNMSM

Durante la posguerra y la República Aristocrática: 1877-1919

Inmediatamente después de la Guerra del Pacífico se aprobaron sucesivamente, en apenas cuatro años, tres Reglamentos Generales de Instrucción: el de 1884, con Iglesias; el de 1886, durante el gobierno de Cáceres, y el de 1888, también con Cáceres. Este último repuso la vigencia del Reglamento de 1876 y siguió los lineamientos educativos del gobierno civilista de 1872-1876. Lo anterior no fue coincidencia, la puesta en marcha de la reforma educativa cacerista correspondió, principalmente, al ideólogo civilista y ministro de la administración Cáceres, Luis Felipe Villarán [32]. Según Enrique Bernales, los tres reglamentos eran muy minuciosos, promoviendo una fuerte intervención del Estado en la “Universidad Nacional Mayor de San Marcos” (UNMSM) [211].

Luego, en el umbral del siglo xx se asistió a una polémica entre Alejandro Deustua y Manuel V. Villarán, representante, el primero, de la “mentalidad del civilismo feudal, de los encomenderos virreinales” y, el segundo, del “programa del civilismo burgués y, por ende, demoliberal”, como anotaba J. C. Mariátegui. En 1900 Villarán en su discurso académico de ese año hizo la “primera requisitoria eficaz contra el concepto literario y aristocrático de la

enseñanza transmitida a la República por el Virreinato”. La reorganización académica iniciada con la República aristocrática había creado la necesidad de una revisión del régimen y métodos de enseñanza. En palabras del mismo Mariátegui:

Recomenzaba el trabajo de la formación de una economía capitalista interrumpida por la guerra del 79 y sus consecuencias y, por lo tanto, se planteaba el problema de adaptar gradualmente la instrucción pública a las necesidades de esa economía en desenvolvimiento... El régimen civilista restablecido por Piérola no supo ni pudo dar una dirección segura a su política educacional. Sus intelectuales... permanecían demasiado adheridos a los más caducos prejuicios aristocráticos. [212]

El 9 de marzo de 1901 se promulgó una nueva “Ley Orgánica de Instrucción”. La comisión encargada de elaborar el proyecto de ley estuvo presidida por Francisco García Calderón y tenía entre sus miembros a los Drs. Federico Villarreal, Manuel V. Villarán y Ernesto Odriozola. Mediante esta ley se trató de instaurar, de acuerdo al modelo francés, los liceos. En éstos se debía enseñar, además de humanidades, materias prácticas como agricultura, comercio, industrias y artesanías. Los liceos debían ser para educandos de la clase media y de los departamentos del interior del país. En la sección tercera de la ley se trató de manera extensa de la universidad, incluyendo el plan de estudios de cada Facultad; se hablaba de una enseñanza superior libre, pero bajo el control del Consejo Superior de Instrucción; los docentes debían ser nombrados por períodos de cinco años y no podían ser admitidos, como tales, personas que “habían sido influidas por la prédica de Manuel González Prada”. Se autorizó la matrícula en la universidad a las mujeres y se negó validez oficial a la enseñanza superior particular. En opinión de E. Bernaldes esta ley tenía un “carácter cerrado, conservador y acrítico”, por lo que sería un factor de los movimientos de protesta de los estudiantes que culminarían con la primera reforma universitaria de 1919 [211, 213].

El 7 de enero de 1902, menos de un año después de promulgada la anterior, se promulgó otra “Ley Orgánica de Educación”. Ins-

pirada por Deustua, tuvo una profunda concepción aristocrática. Calcó el modelo anglosajón; suprimió la división entre colegios y liceos. Patrocinó el enciclopedismo, el intelectualismo, el memorismo y la enseñanza de lenguas como el latín, el inglés y el alemán en sólo 4 años. En la práctica fue inaplicable. Pero, en el marco de esta ley se creó, el 28 de enero de 1905, la primera “Escuela Normal” de varones en Lima; iniciándose así en el país la formación de maestros. El ministro del ramo, Jorge Polar, en su mensaje al Congreso en 1905 sostuvo que el Estado tenía el derecho y el deber de intervenir en la educación, que ésta no era un problema sólo de educación sino de vida y que los maestros rurales debían tener poca ciencia y mucha paciencia para enseñar a una “raza infortunada y abatida”: los campesinos. Este discurso expresa claramente las ideas que sobre los campesinos tenían los intelectuales de principios del siglo xx al considerarlos como una “raza” o un sector inferior [213, 214].

Para referirse a la situación de la universidad en esos años, Basadre cita a Francisco García Calderón cuando éste escribía en 1907:

... Separada de los niveles inferiores de instrucción, en la cima de la enseñanza, no sabe dirigir y coordinar los esfuerzos e ignora su misión... Así, como fuerza educativa, su influencia es nula. Sin ideal republicano, sin espíritu progresista, demasiado ligado al pasado, no hace sino dar una instrucción débil y embrionaria. A medias escolástica y a medias moderna, no se halla en ella rasgos ni direcciones fecundas. [215]

Por su parte, los estudiantes universitarios organizaron el “Centro Universitario” que fue inaugurado solemnemente el 23 de septiembre de 1908 dando inicio a sus actividades. Entre éstas, las vinculadas al movimiento de “extensión universitaria”, que se inició en 1911. En enero de 1915 el consejo universitario acordó auspiciar la extensión universitaria. Luego, se dictaron lecciones populares conforme a programas aprobados por el mismo consejo. Parte de esas lecciones fueron de Higiene y Medicina Social y estuvieron a cargo de Paz Soldán. La “Federación de Estudiantes

del Perú” reemplazó al centro en 1917; su primer presidente fue Fortunato Quezada, en ese entonces alumno de la Facultad de Medicina [215].

En 1912, Edwin Bard —Jefe de una misión norteamericana que operaba en el país desde 1909— publicó el trabajo *Cuestiones sobre las Universidades y la Instrucción Universitaria*. Basadre al comentar esta publicación resalta que el autor insistía en “el valor de las ideas de Abraham Flexner sobre el aspecto social y cultural al lado del científico profesional en la enseñanza de la Medicina” y que se mostró partidario de “los cursos vocacionales, la extensión universitaria, la intensificación de las publicaciones, la venida de profesores extranjeros, el envío de estudiantes becarios” [215].

Por decreto supremo del 24 de marzo de 1917 se creó la primera universidad privada del país, la “Pontificia Universidad Católica del Perú”. Luego, deberían transcurrir 35 años para la creación de otra universidad en el país.

Reforma Universitaria en la “Patria Nueva” y la crisis: 1919-1933

En 1918 se había iniciado en Córdoba, Argentina, el movimiento estudiantil en favor de la reforma universitaria. El estudiantado universitario peruano recogió el mensaje de aquel movimiento y lo procesó de manera beligerante. Para Basadre:

Las demandas estudiantiles se fundamentaron en el anhelo de mejoramiento y modernización de la enseñanza y propugnaron la participación en el gobierno de las Universidades, la docencia libre, el derecho de tacha,... la periodicidad de las cátedras y el concurso para ellas, la libertad de enseñar y la creación de seminarios y de becas para estudiantes pobres... fue, aparte de un estallido de clases medias en la población estudiantil, una demanda clamorosa por una enseñanza mejor... Sus postulados principales afirmaron la necesidad de elevar el nivel de la docencia, de jubilar a los catedráticos ancianos, de poner límite al derecho de propiedad sobre las cátedras... [33, 215].

El 2 de agosto de 1919 una asamblea de estudiantes de la Universidad de San Marcos decretó la huelga general. En medio de la crisis universitaria, provocada por la lucha por la reforma, una manifestación estudiantil, reunida el 4 de septiembre de 1919, terminó en la plaza de Armas para entregar al presidente Leguía un memorial que solicitaba su intervención en el conflicto. Leguía había sido elegido “Maestro de la Juventud” en 1918 y manifestó, un mes antes, simpatías hacia la reforma. El memorial no tuvo resultados prácticos. Víctor Raúl Haya de la Torre fue elegido presidente de la “Federación de Estudiantes del Perú”. El gobierno dictó en septiembre y octubre de 1919 dispositivos legales que acogieron parcialmente las demandas estudiantiles, surgieron las cátedras libres y los delegados estudiantiles asistían a las sesiones del Consejo Universitario. En marzo de 1920 se realizó el primer Congreso Nacional de Estudiantes aprobándose la creación de las universidades populares “González Prada” [213, 215].

El 30 de junio de 1920 el gobierno expidió la “Ley Orgánica de Enseñanza”. En ella se establecen las primeras atribuciones de autonomía en favor de los consejos universitarios, así como el principio de la participación estudiantil. Dispuso, asimismo, que los consejos de la facultad fuesen elegidos por su profesorado reunido en Asamblea y que un estudiante integrara esos consejos. Además, se encargó, por vez primera, a la asamblea universitaria la elección del rector y se dispuso el sistema de oposiciones para cubrir por concurso las cátedras principales.

Todas esas disposiciones se entendieron en un contexto de renovación de profesores universitarios, la mayor parte de ellos acusados de ser civilistas enquistados en la Universidad, no por sus méritos académicos, sino por sus relaciones políticas. Pero esta ley mantuvo disposiciones reglamentaristas, al disponer también el plan de estudios de cada facultad. [211, 215]

Ante la agitación estudiantil, el gobierno decretó el receso de la Universidad de San Marcos el 31 de mayo de 1921. Receso que gracias a la presión general existente fue suspendido el 22 de marzo de 1922. Los estudiantes en alianza con los trabajadores conti-

nuaron en su lucha reformista por: el cogobierno, la cátedra paralela, el derecho de tacha y la asistencia libre. Muchos de los intelectuales que lucharon por la Reforma Universitaria fueron desterrados. El 23 de agosto de 1928 el gobierno aprobó un nuevo “Estatuto Universitario” según el cual el ministerio del ramo controlaría totalmente a la institución universitaria mediante un “Consejo Nacional de Enseñanza Universitaria” y de normas autoritarias. El Consejo resultó en la práctica “inocuo” [213, 215].

Dentro del clima de crisis agravada por caída del gobierno de Leguía se produjeron incidentes violentos en la Facultad de Medicina. De algún modo, la universidad se sintió identificada con la lucha contra lo que el “Oncenio” significó. El 25 de agosto de 1930 se declaró “en suspenso” el estatuto universitario de 1928 y se volvió al régimen de la ley de 1920, que si bien implicó la autonomía trajo consigo serios conflictos entre catedráticos y alumnos. Sánchez Cerro dictó el “Estatuto Provisorio de la Universidad” el 6 de febrero de 1931. Este estatuto reconocía el cogobierno a través de delegados estudiantiles de cada facultad y escuela ante el consejo universitario. En estas circunstancias, José Antonio Encinas asumió el Rectorado de San Marcos, el 20 de marzo de 1931, después de derrotar en la elección respectiva a Víctor Andrés Belaúnde [33, 215].

El pensamiento reformista había penetrado plenamente en San Marcos. Encinas, identificado con la Reforma, había orientado al gobierno en la redacción del decreto Ley del 14 de marzo de 1931. Dispositivo que acentuó la autonomía universitaria y permitió, a Encinas, realizar, entre otros, los siguientes cambios: “A nivel académico, estableció un Plan de Estudios que se desarrollaría en tres ciclos: Estudios Generales, Estudios Profesionales y de Especialización o Investigación. Las Asignaturas según el criterio de cada Facultad o Instituto, podrían ser obligatorias o electivas. La Universidad empezó a trabajar como una verdadera comunidad de docentes y discentes, la vida académica y cultural se desarrolló enormemente”. Las relaciones entre el gobierno y la Universidad de San Marcos fueron, entonces, cordiales [213].

Pero el triunfo de Sánchez Cerro en las elecciones presidenciales de 1931 generó el descontento estudiantil. El APRA y los grupos marxistas se hicieron fuertes en la universidad y el 8 de mayo de 1932 se dictó un decreto por el que se suspendió el funcionamiento de la Universidad de San Marcos, cesando a sus autoridades. En los considerandos del decreto se acusó a la universidad de ser una entidad que hacía propaganda subversiva y que era un lugar donde “existen grupos extremistas afiliados al Soviet y cuyas actividades se realizan con la tolerancia de las actuales autoridades universitarias”. Encinas fue deportado. De 1932 a 1935 esta universidad cumplió únicamente funciones administrativas [211, 213].

La Facultad de Medicina de San Fernando

Durante la Guerra del Pacífico y el segundo militarismo: 1879-1895

Dos días después de la declaratoria de la Guerra del Pacífico, el 5 de abril de 1879, los profesores de la Facultad de Medicina de Lima se reunieron en sesión extraordinaria y acordaron, por unanimidad de votos, en ceder los haberes que percibían como catedráticos durante todo el tiempo que durara la contienda y ofrecer incondicionalmente sus servicios al gobierno: además se designó una comisión para que elaborara a la brevedad posible un proyecto de organización de ambulancias que debían actuar en los campos de batalla. Manuel Odriozola cuenta que se suspendieron los cursos de Medicina Operatoria y Oftalmología “porque los alumnos concurrentes a estas clases fueron todos nombrados para prestar sus servicios en ambulancias civiles”. En enero de 1880 ya había sido distribuido todo el personal de 3.º a 7.º año de Medicina en las ambulancias civiles y militares y en los diferentes hospitales de sangre.

Durante la ocupación de la ciudad de Lima parte del ejército invasor se acuarteló en los ambientes de la Universidad de San

Marcos ocasionando así graves daños a la infraestructura física y la pérdida de valiosos equipos, especialmente en la Facultad de Medicina. Firmada la paz y desocupada la capital, la universidad volvió a sus locales; pero, por el estado en que se encontraban no pudo realizarse la clausura del año de estudios de 1883. La normalidad de la vida universitaria sólo vino a restablecerse en 1886.

El 17 de mayo de 1884 fue aprobado un nuevo “Reglamento General de Instrucción”. Con relación a la interpretación de la competencia del concejo universitario hubo, en octubre de ese año, un enojoso incidente entre el Poder Ejecutivo y la Facultad de Medicina. Odriozola entró en conflicto con el dictador Iglesias y llegó a ser destituido de sus cargos de decano y de profesor siendo sometido, además, al fuero judicial por el delito de desacato. Un grupo de profesores principales y adjuntos solicitó la reconsideración de tales medidas. Como respuesta a esta solicitud el gobierno rechazó la petición y los firmantes fueron separados de sus cargos, nombrándose a otros docentes sin cumplimiento del requisito del concurso y sin intervención del concejo universitario. En enero de 1886, días después del cambio de régimen político, el nuevo ministro, Tovar, firmó un decreto para restablecer las autoridades universitarias que habían estado en funciones hasta octubre de 1884 y reconocer como catedráticos titulares a los que habían sido despojados de este carácter.

En el año 1887, la Facultad de Medicina de Lima aprobó un nuevo reglamento que establecía un nuevo currículo de seis años de estudios, que comenzó a regir ese año. El nuevo plan de estudios comprendía 36 materias. Una de ellas era la de “Higiene Pública” que se dictaba en el tercer año de estudios, otra era la de “Enfermedades Tropicales”, dictada en el quinto año de estudios. Las materias incluidas en el Plan eran:

1.º año: Anatomía Descriptiva (1.º curso); Física Médica; Química Biológica; Botánica Médica; Ejercicios Prácticos de Anatomía, Química y Botánica; asistencia diaria a los hospitales.

2.º año: Anatomía Descriptiva (2.º curso); Anatomía General; Zoología Médica; Química Analítica, aplicada a la Clínica; Hidro-

logía Médica; Toxicología; Histología; Química Analítica; Clínica Externa; Ejercicios prácticos de Anatomía.

3.º año: Fisiología General y Humana; Anatomía Topográfica; Higiene Pública; Farmacia; Clínica Externa.

4.º año: Patología General; Anatomía Patológica; Nosografía Quirúrgica; Terapéutica y Materia Médica; Clínica Interna y Externa.

5.º año: Nosografía Médica; Nosografía Quirúrgica; Medicina Operatoria; Clínica Interna y Externa, Oftalmología Médica (de mujeres); Otorrinolaringología; Vías Urinarias y su clínica; Enfermedades Tropicales; Dermatología y Sifilografía.

6.º año: Nosografía Médica (2.º curso); Obstetricia y Niños Recién Nacidos; Medicina Legal y Toxicología; Clínica Interna y Clínica Obstétrica [216].

El mismo año de 1887 comenzó a funcionar el Anfiteatro Anatómico. El 7 de abril de 1888 se fija igualmente el número de años de estudios en seis. Leyes posteriores, del 20 de octubre de 1893 y 2 de noviembre de 1896, restablecieron el régimen de siete años. La cátedra de Bacteriología y Técnica Microscópica fue creada por ley del 16 de junio de 1890 y estuvo a cargo del Dr. David Matto. De esta manera, la Facultad de Medicina dio inicio a la “era bacteriológica” en la enseñanza de la Medicina peruana; esto iba a favorecer los cambios en la Higiene Pública y la Sanidad peruanas [216]. Además, en el año 1891 se organizó la Escuela Práctica de Odontología y, en 1893, se solicitó la regularización de la enseñanza de la obstetricia, que hasta ese entonces había estado dirigida por la Sociedad de Beneficencia que administraba la Maternidad de Lima [217].

El plan de estudios del año 1893 incluía 38 materias a ser desarrolladas en siete años de estudios. Una de ellas era la de “Higiene Pública y Privada” que se dictaba en el último año de estudios; otra era la de “Enfermedades Tropicales” que se continuaba dictando en el quinto año de estudios. Además, por vez primera se incluía la de Bacteriología. La distribución de las asignaturas en los diferentes años de estudio era la siguiente:

1.^{er} año: Anatomía Descriptiva; Física Médica; Química Médica; Botánica Médica; Ejercicios prácticos de Anatomía; Química y Botánica; Clínica Externa.

2.^o año: Anatomía Descriptiva (2.^o curso); Zoología Médica; Química Analítica; Ejercicios Prácticos de Anatomía y Química Analítica; Clínica Externa.

3.^{er} año: Fisiología General y Humana; Anatomía General; Anatomía Topográfica e Histología Normal; Clínica Interna (1.^{er} curso).

4.^o año: Patología General; Anatomía Patológica; Bacteriología; Farmacia; Clínica Interna (2.^o curso).

5.^o año: Nosografía Médica (1.^{er} curso); Nosografía Quirúrgica; Terapéutica y Materia Médica; Clínica Externa y Clínica Interna Médica (de mujeres); Otorrinolaringología; Vías Urinarias y su clínica; Enfermedades Tropicales; Dermatología y Sifilografía.

6.^o año: Nosografía Médica (2.^o curso); Nosografía Quirúrgica; Medicina Operatoria; Clínica Interna; Clínica Oftalmológica.

7.^o año: Obstetricia; Medicina Legal, Toxicología, Deontología Médica y Antropología Criminal; Higiene Pública y Privada; Clínica Tocológica [216].

Durante la República Aristocrática: 1896-1919

La Facultad de Medicina de la Universidad de Lima continuó funcionando en la plaza de Santa Ana (luego plaza Italia), sede del antiguo local del colegio de la Independencia, hasta el 6 de septiembre de 1903, fecha en que se inauguró el nuevo local que es el edificio donde actualmente funciona. La ceremonia oficial de inauguración fue el día 8 y se realizó solemnemente con la presencia del Presidente de la República, E. López de Romaña, y su Consejo de Ministros, el Presidente electo señor M. Candamo, los generales Cáceres, Canevaro y Recavarren y el ingeniero director de la obra señor Basurco, entre otras importantes personalidades académicas y políticas. El Ministro de Fomento era el Dr. David Matto y el decano de la Facultad de Medicina el Dr. Belisario Sosa [218].

Entre 1895 y 1920 se establecieron nuevas cátedras, se reorientó la enseñanza de la Medicina y se reformuló el plan de estudios. Las nuevas cátedras, el año en que se crearon y sus primeros responsables fueron: Ginecología (1895), a cargo de Constantino T. Carvallo; Pediatría (1896), a cargo de Francisco Almenara; Oftalmología (1897) a cargo de Ricardo L. Florez; Dermatosifilografía (1908), a cargo de Belisario Sosa desde 1911; Neuropsiquiatría (1908), a cargo de Hermilio Valdizán desde 1916; Otorrinolaringología (1909), a cargo de Juvenal Denegri; Urología (1909), a cargo de Ricardo Pazos Varela; Enfermedades Tropicales (1916), a cargo de Julián Arce; y Cirugía Infantil y Ortopedia (1920), a cargo de Francisco Graña. Además, desde 1899 se había producido la división de la cátedra de Física Médica e Higiene en dos asignaturas autónomas. De acuerdo al Dr. Carlos A. Bambarén, desde 1906 se manifestó en la Facultad de Medicina una corriente decidida por favorecer la enseñanza práctica, creándose al efecto jefes de trabajo práctico en numerosas cátedras e impulsándose la docencia objetiva. Ernesto Odriozola cumplió, primero como profesor y luego como decano de la Facultad, un papel importante de estos cambios. Durante su gestión como decano —iniciada en 1911 y finalizada con su muerte en marzo de 1921— la Facultad de Medicina envió a numerosos de sus egresados a estudiar en Europa. Los cuales, a su regreso, se incorporaron como docentes a la Facultad, con evidente beneficio para la enseñanza. Además, al inicio de dicha gestión, el 1 de octubre de 1911, la Facultad celebró dignamente el primer centenario de la fundación del Colegio de San Fernando por Unanue [215, 217, 219] .

En el año 1919 la distribución de asignaturas y materias en los diferentes años de estudio de la Facultad de Medicina era la siguiente:

1.º año: Química Biológica; Física Médica; Anatomía Descriptiva (1.º curso).

2.º año: Química Analítica, aplicada a la Clínica; Historia Natural Médica y Parasitología; Anatomía Descriptiva (2.º curso); Anatomía General y Técnica Microscópica.

3.^{er} año: Anatomía Patológica; Clínica Quirúrgica; Propedéutica; Clínica Médica Propedéutica; Anatomía Topográfica; Fisiología; Bacteriología.

4.^o año: Farmacología; Clínica Médica Propedéutica; Clínica Quirúrgica Propedéutica; Patología Interna; Nosografía Quirúrgica General; Patología General.

5.^o año: Clínica Médica (de mujeres); Otorrinolaringología; Vías Urinarias y su clínica; Nosografía Quirúrgica; Enfermedades Tropicales; Dermatología y Sifilografía.

6.^o año: Clínica Quirúrgica; Obstetricia y su clínica; Medicina Operatoria; Terapéutica; Oftalmología y su clínica; Higiene.

7.^o año: Clínica Médica (de hombres); Pediatría y su clínica; Ginecología y su clínica; Enfermedades del Sistema Nervioso y su clínica; Medicina Legal y Toxicología [220].

De 1902 a 1908 el número de matriculados en la Facultad de Medicina variaba entre 165 y 242 alumnos. De la "Memoria" [221] que Ernesto Odriozola elevó al rector de la universidad en diciembre de 1917 extraemos, por su interés siempre actual, lo siguiente: "En el presente año el número de alumnos han aumentado considerablemente en todas las secciones (Medicina, Obstetricia, Farmacia y Odontología), con excepción de la de obstetricas, en la que por el contrario ha habido una disminución, por la circunstancia de haberse exigido la instrucción media completa, como requisito indispensable... La aglomeración de alumnos... es asunto que debe ya preocuparnos, porque lejos de demostrar una mayor amplitud de nuestra capacidad profesional, debe estimarse como un equivocado concepto de la finalidad especulativa de cada una de las profesiones que se reciben en nuestro instituto. Muchos alumnos... acogen una carrera por la que no tienen la menor vocación y se convierten... en simples comerciantes con título... Hoy la aglomeración de que venimos ocupándonos, es ya superior a nuestros recursos y hace difícil la enseñanza escrupulosa manteniendo en zozobra la disciplina general".

No obstante esta advertencia, el número de egresados de la Facultad de Medicina seguiría aumentando; de un promedio anual

de 18,0% en 1897-1906 subió a otros de 25,6% en 1907-1916 y de 26,7% nuevos médicos en 1917-1926. El número de matriculados alcanzaba, en 1926, a un total de 381 alumnos. En 1919, de acuerdo con estimaciones de Paz Soldán, trabajaban en el país 545 médicos; el 35,1% de este total tenía menos de diez años de egresado de la Facultad. Además, el 13,5% del mismo total tenía el grado académico de Doctor en Medicina [222].

Durante la “Patria Nueva” y la crisis: 1919-1933

El Dr. Lastres, al hacer referencia al desarrollo de la Facultad de Medicina durante los años 20, señala que después de la primera Guerra Mundial la influencia francesa en el progreso de la Medicina nacional cedió paso a la norteamericana: “... nuestros estudiantes y médicos pusieron la proa hacia Norteamérica y fueron a conocer sus adelantos”. Se preparó personal docente y se recibió apoyo económico, para adquisición de equipos y materiales de laboratorio y de clínica, de instituciones “filantrópicas” como las fundaciones Rockefeller y Kellogs.

Es así como ha quedado definitivamente consolidada ésta benéfica influencia americana que ha dado ya espléndidos frutos en la docencia y la investigación. [219]

En el año 1926, el plan de estudios de la Facultad de Medicina San Fernando [223] era el siguiente:

1.º año: Anatomía Descriptiva (1.º curso); Física Biológica; Química Biológica.

2.º año: Anatomía Descriptiva (2.º curso); Fisiología; Anatomía General.

3.º año: Semiología Médica; Bacteriología; Parasitología; Fisiología.

4.º año: Anatomía Patológica; Anatomía Topográfica; Nosografía Quirúrgica; Patología General.

5.º año: Nosografía Médica; Medicina Operativa; Terapéutica; Nosografía Quirúrgica (2.º curso); Patología General.

6.º año: Urología; Oftalmología; Radiología Clínica; Enfermedades Tropicales; Dermatología y Sifilografía; Otorrinolaringología.

7.º año: Ginecología; Patología e Intervención Obstétrica; Pediatría; Medicina Legal y Toxicología; Higiene; Psiquiatría; Obstetricia Normal; Cirugía Infantil y Ortopedia.

En 1931, durante el corto rectorado de Encinas, se creó el Instituto de Biología y Patología Andina como parte de la Facultad de Medicina. Éste fue el primer instituto de investigación creado en la universidad peruana. Carlos Monge Medrano sería nombrado director del instituto en 1934, después del receso universitario, y permanecería en esa calidad hasta 1956 [107].

Según información oficial en febrero de 1933 el número de médicos graduados o autorizados por la Facultad de Medicina ascendía a 1 024. De este total residían en las provincias de Lima y Callao, aproximadamente 500 (48,8% del total). Con esta información Olaechea hizo unos cálculos para mostrar que, en comparación con otros países, el número de médicos era insuficiente con relación al tamaño de la población [75].

La enseñanza universitaria de la Higiene

Enseñanza de pregrado en la cátedra de Higiene: 1877-1933

Desde 1865, Martín Dulanto (1831-1910) estaba a cargo de la cátedra de “Física Médica e Higiene” de la Facultad de Medicina. En 1893 se dividió la enseñanza de la cátedra, en dos asignaturas: Dulanto se reservó la de Higiene y entregó la de Física Médica al Dr. Manuel Muñiz. Ocho años después de esta división, la “Ley Orgánica de Instrucción” de 1901 la formalizó, constituyéndose una nueva cátedra autónoma: la de “Higiene Privada, Pública e Internacional”. Dulanto fue, entonces, el responsable de la enseñanza de la Higiene por casi 45 años, hasta el día de su muerte en 1910. Como político fue miembro del Partido Constitucional; desempeñó la cartera de Instrucción como Ministro de Estado, así como los cargos de Director de Sanidad del Ejército Peruano de

Reserva en 1879 y de miembro de la Junta suprema de Sanidad [224, 225].

La fundamentación teórica de la enseñanza de los temas de Higiene Pública o Higiene Social se encuentra en los textos de autores franceses de la época. En el Museo de la Facultad de Medicina de la UNMSM se pueden encontrar textos de esa disciplina, publicados al final del siglo *xix*, casi todos escritos en francés y sólo uno en inglés. A continuación se presenta la estructura del contenido de cinco de los mencionados textos, que muestran las variaciones del contenido de la Higiene en el tiempo, así como la creciente importancia de los temas vinculados con las enfermedades infecciosas:

- El tratado *D'Hygiène*, de A Proust, en su décima edición, publicado el año 1881 en París. El autor, miembro del Comité Consultivo de Higiene Pública de Francia, estructura el contenido de su tratado (983 páginas) en catorce partes. La parte tercera, dedicada al tema “Del hombre considerado como individuo - Higiene profesional e industrial” (225 pp.), es la más desarrollada, con algo más de la cuarta parte del texto total; sigue, en orden de extensión, las que tratan sobre los temas “Enfermedades virulentas y miasmáticas. Etiología y profilaxis” (110 pp.); “Higiene Internacional. Enfermedades pestilenciales exóticas” (105 pp.); y “Climatología. Distribución geográfica de las enfermedades. Aclimatación” (89 pp.).
- El libro *Traité D'Hygiène Sociale*, de Jules Rochard, publicado en París el año 1888. Rochard, miembro del Consejo de Higiene Pública y de Salubridad de la Sena, estructuró su tratado, de 692 páginas, en ocho capítulos. Los más desarrollados son: “Higiene de las villas y los Presupuestos Municipales” (186 pp.), “Profilaxia de Enfermedades Contagiosas” (120 pp.) y “Profilaxia de las Enfermedades No Contagiosas” (103 pp.); que en conjunto concentran cerca de las 2/3 partes del contenido.
- El libro *The Theory and Practice of Hygiene*, de J. Lane Nottter y R. H. Firth, publicado en Londres el año 1896. El primero era

miembro del “Consejo del Instituto Sanitario de Gran Bretaña” y examinador en Higiene y Salud Pública de la Universidad de Cambridge. Los autores estructuran el contenido del libro, de 1 025 páginas, en 20 capítulos. El capítulo más desarrollado es el dedicado al agua (120 pp.), en el que se trata los temas de su examen con propósitos higiénicos y el de su examen bacteriológico, entre otros vinculados con su provisión y distribución. Le siguen, en orden de extensión, los dedicados a la ley sanitaria (95 pp.); y las enfermedades infecciosas (90 pp.). El capítulo dedicado a las ocupaciones ofensivas (18 pp.) está, a diferencia de la obra de A Proust, muy poco desarrollado.

- El libro *Précis D'Hygiène Publique et Privée*, de Paul Langlois, Jefe del Laboratorio de Fisiología de la Facultad de Medicina de París, publicado en París en el año 1896. Está organizado en trece capítulos: De la Tierra; Del Agua; De la Atmósfera; De la Alimentación; De la Vestimenta; De las Viviendas; Alejamiento de los Perjuicios; De las Villas, que incluye el tema de hospitales; Higiene de Grupos Especiales, que incluye los temas de higiene escolar, higiene militar e higiene naval; Higiene Industrial; Enfermedades Contagiosas y Desinfección; Legislación Sanitaria Francesa; y Legislación Sanitaria Comparada.
- El libro *Précis D'Hygiène*, de Jules Courmont, profesor de Higiene de la Facultad de Medicina de Lyon, publicado en París y en el año 1914. Con 810 páginas, organizadas en nueve partes. Las partes más desarrolladas son: Los Grandes Problemas Urbanos (168 pp.), que incluye vivienda, establecimientos, vías públicas urbanas, basuras, aguas residuales, agua potable, hospital y cementerios; Enfermedades Infecciosas y Parasitarias (120 pp.); y Las grandes plagas sociales (96 pp.), que incluye los capítulos de tuberculosis, cáncer y alcoholismo. Las otras partes son: Nociones Generales de la Etiología y de la Profilaxia (76 pp.), Higiene del Trabajo (62 pp.); Generalidades (62 pp.); La Alimentación (43 pp.); Higiene General (39 pp.); y, Enfermedades Epidémicas Necesitadas de Medidas Internacionales (36 pp.).

En 1912, el Dr. Francisco Graña (1878-1959), después de llenar todas las formalidades que exigía el reglamento de concursos para la provisión de plazas, fue designado para ocupar la cátedra de “Higiene Privada, Pública e Internacional”. El nuevo catedrático tenía 34 años y había obtenido los grados de Bachiller y de Doctor en Medicina con las tesis *La Cuestión Higiénica* (1903) y *El Problema de la Población en el Perú. Inmigración y Autogenia* (1908), respectivamente; además había colaborado con el Dr. Julián Arce durante la gestión de éste como Director General de Salubridad [98, 226]. En 1922, diez años después de estar a cargo de la cátedra de Higiene, Graña la dejó vacante para ocupar la cátedra de Cirugía Infantil y Ortopedia, recientemente creada.

Graña fue reemplazado en la cátedra de Higiene por el Dr. Carlos Enrique Paz Soldán, quien había sido nominado catedrático interino de Higiene el 20 de agosto de 1920, cuando tenía 35 años de edad. Cuatro años después, por concurso, Paz Soldán ganó el cargo de catedrático titular de Higiene, permaneció en él por cerca de 40 años. Graduado de médico-cirujano en 1915, antes de incorporarse a la cátedra había publicado *La Asistencia Social en el Perú* (1915) y *La Ciudad para la Medicina Social* (1916); además, en 1918, a raíz de su incorporación a la Academia Nacional de Medicina, sometió a consideración de la misma un plan de saneamiento de la capital.

Paz Soldán definía a la Medicina Social como:

(la disciplina que) tiene por objeto el estudio de la Etnia pobladora, en sus relaciones con los ambientes geocósmico-sociales, para examinar las acciones y relaciones mutuas y llegar al conocimiento de las leyes que presiden, en el espacio y en el tiempo, la adaptación, la perduración y la perfección humanas [98].

Asimismo, en sus clases definía a la Higiene diciendo:

... es la disciplina que tiene por finalidad propia condensar en síntesis doctrinarias los conocimientos científicos, médicos y sociológicos para obtener con su aplicación el beneficio de la salud individual y colectiva del hombre a fin de tutelar su vida, proteger su salud y asegurar para él y para su descendencia el progreso bio-social [224].

En el Perú, no obstante la importancia otorgada a la enseñanza de la Higiene Pública en la comunidad académica mundial y en el discurso de las autoridades de la Facultad de Medicina de Lima, así como de la oportunidad abierta por la reforma universitaria, la importancia efectivamente asignada a la enseñanza de la Higiene en el programa de estudios médicos no se modificó durante la década de los veinte y, por ende, seguía siendo escasa. Esta afirmación puede ser validada con los datos siguientes: en 1923 se dictó en la Facultad un total de 2 151 lecciones en el desarrollo de todos los cursos; de ese total apenas 20 lecciones (menos del 1% del total) se destinaron a la Higiene. Tres años después, en 1926, de un total de 2 021 lecciones, las que correspondieron a Higiene fueron 31 (1,5 % del total) [223]. Al respecto, se ha hecho el siguiente comentario:

La Facultad de Medicina... permanecía indiferente a los problemas médico sociales del país. Lo poco que se hizo en este terreno, fue impulsado por la Cátedra de Tropicales, pero a instancias del capital extranjero. Salvo individualidades, la mayoría no expresaba el más mínimo interés por reorientar la formación médica, por ello los vientos de la Reforma Universitaria le vienen de fuera, logrando pocos cambios significativos. Un estudio reciente sobre los currículos de la Facultad de Medicina de San Fernando demuestra que no hubo un verdadero currículo de estudios hasta el intento del Dr. Hurtado. Surgían cátedras conforme aparecían los especialistas, pero no se hacía en función de las necesidades del país [227].

Además, la nueva Ley Orgánica de Enseñanza de 1920, al igual que la anterior de 1901, siguió dando a la cátedra la denominación de “Higiene Privada, Pública e Internacional”.

Instituto de Medicina Social: 1924-1933

La legislatura regional del centro, presidida por el Dr. Paz Soldán, el año 1923 aprobó la resolución legislativa N.º 656 en la cual se dispuso crear el “Instituto de Medicina Social” en la Facultad de

Medicina de Lima; este instituto estaría encargado de investigar y de enseñar la Medicina Social y la Higiene Pública, así como de preparar al personal que ejecute las leyes sanitarias del país. La misma norma regional, promulgada por Leguía el 27 de junio de 1924, señaló las rentas para su implantación y funcionamiento. El instituto debía servir, según Paz Soldán, de centro de enseñanza y aprendizaje de la Higiene [61, 228].

En diciembre de 1926, Paz Soldán, en oficio dirigido al decano de la Facultad de Medicina, describe y justifica la organización que adoptará el instituto y adjunta los planos y el presupuesto de construcción del mismo. El programa de estudios previsto incluía los temas: (i) Demografía y la estadística sanitaria; (ii) Biometría de la población del Perú; (iii) Legislación y administración sanitarias; (iv) Evolución de las condiciones de higiene de los diferentes grupos sociales; (v) Elaboración de planes y proyectos relacionados con la profilaxis y la terapia sociales para mejorar la situación de la población; (vi) Propaganda popular destinada a despertar o crear la conciencia sanitaria pública sobre los problemas médico-sociales urgentes de resolución; y (vii) Investigaciones originales sobre los asuntos de sanidad que interesan al Perú.

Para desarrollar tan vasto programa estaban previstos: un laboratorio de biometría y estadística, un laboratorio microbiológico y químico para investigaciones médico-sociales, una biblioteca y sala de lectura, un museo y un aula magna para demostraciones y conferencias [228, 229, 230]. La ceremonia de inauguración del local del instituto se efectuó el 17 de octubre de 1927, en uno de los días de sesiones de la VIII Conferencia Sanitaria, con la presencia del Sr. Presidente de la República y altas autoridades de la Conferencia y del país. Paz Soldán estuvo a cargo del discurso central el cual trató, fundamentalmente, sobre su agradecimiento y adhesión a Leguía:

... mi mejor palabra de reconocimiento que sea para el señor Presidente de la República..., a quien una vez más tributo públicamente las cordiales y sinceras expresiones de mi gratitud... Ud. promulgó la ley, la defendió en los momentos —fueron diez meses—

en que estuvo sometida al examen de diversas entidades administrativas, y la ha prestado últimamente, el inestimable apoyo de una resolución suprema que la permitirá perdurar... Sin caer en la lisonja se puede afirmar que cuando un jefe de Estado hace tales actos en favor de la cultura pública, su proceder es digno de impeceder gratitud... [228].

El primer director del instituto fue el Dr. Paz Soldán, en su condición de catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de Lima. Su presupuesto inicial fue de 10 000 soles oro (US\$ 6 000) al año [19]. El año 1931, cuatro años después de su solemne inauguración, se aprobó el reglamento del Instituto de Medicina Social, en el que se precisa que es un órgano de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos de Lima y que está bajo la dirección inmediata de un director, el profesor de Higiene de esta Facultad. Además se enfatiza que actuará como un centro de investigación y de enseñanza destinado a la Higiene y que podrá organizar cursos especiales para la preparación de las Visitadoras Sanitarias y de las Trabajadoras Sociales. Por último señala que para obtener la mejor correlación de los trabajos del instituto con los estudios médicos, se crea un Consejo de Vigilancia, que presidido por el decano estará formado por los profesores de Higiene, Medicina Legal, Bacteriología, Parasitología y Psiquiatría. Lamentablemente, el instituto al igual que el resto de la universidad, entró en receso desde 1932 [229].

Escuelas de enfermeras: 1880-1933

En el Perú, antes de la primera década del siglo xx, las labores de enfermería estaban a cargo de personal religioso, las “Hermanas de Caridad”, o de personal práctico, los “barchillones” y los topiqueros. Las primeras tentativas para formar enfermeras se realizaron a raíz de la Guerra con Chile, en 1880, como respuesta a las necesidades de la sanidad militar [231].

En 1904 se inició la formación técnica de personal de enfermería en la “Casa de Salud” de Bellavista, aunque sin llegar a esta-

blecer una escuela formal. De acuerdo con Elizabeth Earle, en 1906 ya se realizaba un curso para formar enfermeras en esta casa de salud; curso dictado por médicos [231, 232]. Un año después, por resolución suprema del 15 de julio de 1907, se autorizó la fundación de una Escuela de Enfermería en esa casa y la celebración de un contrato firmado por el gobierno, representado por el Director de Salubridad, y el Gerente de la Compañía Anónima “Casa de Salud” de Bellavista. En este contrato el gobierno se comprometía a suscribir cien libras peruanas por una sola vez a la casa, abonar 30 libras peruanas mensuales para la educación de 3 enfermeras y sufragar el 50% de los gastos que demandara el viaje de ida y vuelta a Inglaterra de una enfermera diplomada que se dedicara a la enseñanza. En cumplimiento de lo pactado la casa contrató a la Srta. Rosa Lietti quien había estudiado en el “Saint Thomas Hospital” de Londres, bajo la dirección de Florence Nightingale.

Luego de algunas dificultades se dictó la resolución suprema del 2 de agosto de 1907 que estableció los requisitos para el ingreso de las postulantes a dicha escuela; entre los principales transcribimos los que siguen: “a) Ser mayor de 18 años y menor de 30...; c) Haber cursado con éxito la instrucción primaria completa; ch) ser de buena constitución y gozar de buena salud habitual; d) Observar buena conducta y moralidad; ... e) Comprometerse, igualmente, a servir al gobierno, al término de sus estudios, por tres años contados a partir de la fecha de su diploma, con una remuneración no menor de cien libras al año”. La Escuela, ya formalizada, inicia sus clases el 2 de enero de 1908 y otorga las primeras diplomas en diciembre de 1911. La Srta. Lietti fue la directora de la Escuela de Enfermería hasta 1911 cuando regresó a Inglaterra. Fue reemplazada por la Srta. María Albertina Vega, primera alumna que obtuvo el diploma. En 1914 el gobierno suspendió su ayuda, pero la escuela no interrumpió sus actividades [111, 190].

En 1915, el Dr. Wenceslao F. Molina, con la cooperación del Dr. Ricardo Palma, fundó en Lima la Escuela Mixta de Enfermeros en el hospital Dos de Mayo. Inició las actividades docentes con 14 alumnos, tomando él mismo la dirección y contando como co-

laboradora principal a Miss Maud Carner, de la Escuela de Enfermeras de Harvard y del hospital Monte Sinaí de Nueva York. En 1917 se otorgaron las dos primeras diplomas. El curso duraba 5 años: tres de estudio y dos de servicios en el hospital [231, 232].

En 1921 culmina la venta de la “Casa de Salud” de Bellavista a la comunidad angloamericana. Al reiniciar sus actividades como British American Hospital, sus directivos nombran a una nueva directora para el “Training School for Nurses del British American Hospital”. Esta primera directora fue miss Louisa Kurrath. La nueva escuela no era sino la continuación de la que estaba funcionando en la “Casa de Salud”; sin embargo, la resolución suprema de 21 de octubre le concedió una nueva autorización para “establecer en dicho hospital cursos para la preparación de enfermeras que puedan, una vez terminados esos cursos, ejercer la profesión en el país”.

La condición para dicha autorización era que el hospital remitiera a la Dirección de Salubridad el plan correspondiente de estudios para su aprobación; además se estableció que las alumnas aprobadas debían recibir un diploma que las acreditara como enfermeras. La escuela continuó funcionando con esa autorización hasta que por resolución suprema del 5 de junio de 1928 el supremo gobierno le reconoce oficialmente como la primera escuela de enfermeras en el país, administrada por una entidad privada [111, 190].

La Escuela Mixta de Enfermeros del hospital Dos de Mayo suspendió su funcionamiento en 1923 como resultado de un movimiento contrario a su permanencia en la Beneficencia. Un año después esta escuela reinició sus tareas ahora bajo la conducción de las Hermanas de Caridad de San Vicente de Paúl. En 1926 la escuela inició una segunda etapa en su existencia al ser trasladada al Hospital Arzobispo Loayza y convertirse en una escuela exclusivamente para señoritas [232]. La R. S. del 25 de febrero del año 1928 resuelve: “declarar oficial a la Escuela de Enfermeras que funciona anexa al hospital Arzobispo Loayza, la que en lo sucesivo, se denominará Escuela Nacional de Enfermeras” y recomendar que se utilicen los conocimientos de las alumnas diplomadas por la escuela en los establecimientos de las sociedades de beneficencia,

así como en todos aquellos donde se atiende el tratamiento de las enfermedades [111]. En el año 1929, para ordenar el ejercicio profesional de las enfermeras, el gobierno, por R. S. del 11 de enero, resolvió que:

Las enfermeras que no hayan egresado de las escuelas especiales reconocidas oficialmente, no podrán ejercer la profesión, sin previa presentación y registro, en forma gratuita, de sus títulos o diplomas en la Dirección General de Salubridad [111].

En 1930, Abel Olaechea reclamaba una mayor oferta de enfermeras considerando que debía existir en el país una relación de tres enfermeras por cada médico y se lamentaba que

... la única Escuela de Enfermeras que existe en Lima, laudablemente sostenida por la Sociedad de Beneficencia, no puede, por deficiencias económicas, de local, etc., llenar su misión de modo completo para con los hospitales de esta capital, prove-yéndoles de todo el personal secundario de asistencia que les es preciso. La peculiaridad de nuestra asistencia hace indispensable disponer no solamente de enfermeras, sino también de enfermeros; es decir, de individuos aptos, por su preparación especial y seleccionados moralmente, que sustituyan a los llamados topiqueros o sean los enfermeros prácticos, que aún existen en nuestros establecimientos hospitalarios [75].

En diciembre de 1930 se fundó, por iniciativa del Dr. Baltazar Caravedo P. y con la anuencia de la Beneficencia Pública de Lima, la “Escuela Mixta de Enfermeros Especializados en Psiquiatría”. La escuela funcionó en el hospital Víctor Larco Herrera; contó con la colaboración de los médicos psiquiatras que en él prestaban servicios, así como de las enfermeras inglesas contratadas por la Beneficencia para el mencionado hospital. Entre estas últimas destacaron la Srta. Mary Robertson, quien durante tres años estuvo a cargo de la Escuela y la Superintendencia de Enfermeros, y la Srta. Alice Brothers. La escuela fue reconocida oficialmente por el gobierno el 26 de agosto de 1933. De allí salieron enfermeros capacitados que laboraron eficientemente en una serie de clínicas, servicios psiquiátricos y hospitales del país [176, 178].

El Instituto Nacional del Niño, con el propósito de satisfacer sus requerimientos de personal capacitado para los dispensarios de lactantes y cunas maternas, formuló un “Plan de Estudios de la Escuela de Visitadoras Sociales de Higiene Infantil y Enfermeras de Puericultora” que se aprobó por R. S. del 14 de octubre de 1931. La misma resolución reconoció oficialmente los certificados o diplomas que, para mejorar la eficacia de sus servicios, tuviera que expedir la Comisión Protectora del Niño [111].

Evolución de las ideas vinculadas con la Salud Pública: Perú, 1877-1933

El pensamiento filosófico dominante

El positivismo como filosofía dominante: 1870-1900

De acuerdo al filósofo peruano David Sobrevilla [233], las primeras referencias al positivismo se encuentran en el Perú a mediados del siglo XIX, pero es sólo hacia 1870 cuando este movimiento se afirma entre nosotros en el ambiente de la Facultad de Medicina y se hace dominante hasta 1900. Por su parte, María Luisa Rivara de Tuesta, filósofa e historiadora, opina que el positivismo alcanza su máxima vigencia doctrinaria entre 1885 y 1915:

El positivismo crea una atmósfera intelectual y doctrinaria que invade todos los círculos cultos... El positivismo era en verdad la nueva fe, hecha a la vez de atracción por la ciencia y la esperanza de una vida racionalmente fundada [234].

Tras de la derrota en la Guerra del Pacífico, intelectuales y representantes de las élites peruanas emprendieron un proceso de reflexión crítica sobre los problemas nacionales con el fin de iniciar la reconstrucción del Estado. En este proceso, pronto llegaron a la convicción de que, para alcanzar tal fin, debían superar previamente: la ausencia de orden y estabilidad políticas, la interrupción del progreso económico y, especialmente, la ausencia de una cultura científica positivista. Para estos intelectuales, la regenera-

ción de la nación peruana exigía dos condiciones: (i) el abandono de las visiones románticas que habían predominado en la vida intelectual peruana del siglo XIX; y, (ii) el conocimiento científico de la propia realidad. Aparece, así, un nuevo tipo de intelectual, positivista y pragmático, que hace de la conducción y la gestión gubernamental un asunto a la vez técnico y político, cuyos resultados deben ser evaluados por datos e indicadores estadísticos. “La mentalidad positivista fue un medio para establecer una estrecha relación entre el nacionalismo y la ciencia” [79, 235].

Una de las instituciones que reflejó mejor la asociación deseada entre los intelectuales nacionalistas y la gestión gubernamental fue la Sociedad Geográfica de Lima, creada en 1888, como una dependencia del Ministerio de Relaciones Exteriores. De acuerdo a Luis Carranza, su primer director, los objetivos de la Sociedad eran tres: aumentar los conocimientos sobre los recursos naturales del país y su explotación; defender las condiciones de habitabilidad del espacio peruano para captar inmigrantes europeos; y, mejorar la información geopolítica para evitar conflictos sorpresivos como el de la Guerra del Pacífico [236]. Esta Sociedad publicó una revista trimestral, el *Boletín de la Sociedad Geográfica*, que difundió informes de exploradores, geógrafos y autoridades locales. Promoviendo, así, un verdadero nacionalismo científico.

Luis Carranza (1843-1898), médico y periodista ayacuchano fue un hombre múltiple. Periodista, trabajó como codirector del diario *El Comercio* desde 1875, promoviendo el nacionalismo científico. Parlamentario, actuó como diputado (1868-1874) y, luego, como senador desde 1886 hasta el día de su muerte. Como político concurrió a la formación del Partido Civil (1871), defendió Lima contra la invasión chilena y, luego integró el gobierno constituido en Huancayo por el General Cáceres (1884), en el despacho de Guerra y Gobierno. Científico, fue miembro fundador de la “Academia Libre de Medicina” (1884), organizador del Congreso Sanitario de Lima (1888); y, cuando Cáceres asumió la Presidencia de la República, obtuvo los auspicios para la organización de la Sociedad Geográfica, siendo su director por una década (1888-1898)

dándole continuidad institucional a esta organización emergente [237, 238].

El Dr. Jorge Polar, futuro Ministro de Educación del régimen civilista de José Pardo, al tomar posesión en 1896 del cargo de rector de la Universidad de Arequipa, expresó de manera clara el nuevo discurso positivista, ya ideologizado, de la élite peruana de la posguerra. Polar señaló el desdén de la ciencia positiva hacia los ideales del pasado peruano por ser “quiméricos y vagos”. A su entender, el relativismo del conocimiento de Kant había mostrado la falsedad de las especulaciones de los filósofos del pasado; especialmente en sus postulados políticos. Los mismos que al promover “la libertad, la igualdad y la fraternidad” fomentaban el absurdo de orientar las energías sociales hacia los demás sin un conocimiento pragmático y suficiente de la realidad del país. Al enfatizar la necesidad de fortalecer mentalmente a las élites intelectuales del país “masticando hechos, asimilándonos realidades, metiendo lastre de experiencias” en su pensamiento y en sus decisiones, propiciaba el desarrollo de un empirismo pragmático, fundamentado en una ciencia positiva o “ciencia de la verdad” que debía ocupar, en lugar de la religión, el centro de gravedad del nuevo ordenamiento político peruano [239].

En las primeras décadas del siglo xx, la vida universitaria e intelectual en el Perú estuvo liderada por la llamada “generación del 900”. Sus miembros se declaraban positivistas y, sin embargo, exaltaban la filosofía de Herbert Spencer, especialmente su explicación del progreso social como un proceso evolutivo, como la más genuina realización de los ideales positivistas. Pero, “Es sabido que el spencerismo fue sólo a medias positivismo. En el Perú, en cambio, resulta el positivismo genuino. Y es que la denominación de positivismo, usada por los propios hombres de la época, tiene entre nosotros una significación más amplia que en Europa. Cubre al mismo tiempo que la filosofía positiva en sentido estricto, todas las formas del naturalismo, comprendiendo el materialismo y doctrinas de transición hacia el espiritualismo del tipo de las de Fouillée, Guyau o Hoffding”. Por esta forma de entender la filoso-

fía positivista, muchos de nuestros intelectuales pudieron declararse positivistas y, al mismo tiempo, abrazar la fe católica; así como combinarla con teorías racistas inspiradas en H. Taine, A. de Gobineau, E. Haeckel, L. Gumplowicz y, especialmente, Gustavo Le Bon, para describir y explicar el atraso nacional. Por ello, fue relativamente fácil para la mayoría de ellos abandonar en su madurez el positivismo y enrolarse en el bergsonismo. El apogeo del positivismo naturista en la filosofía peruano está signado por el dominio del evolucionismo spenceriano. Su ocaso estuvo condicionado por la declinación de dicho dominio [234].

Tal como Karem Sanders afirma, las propuestas que hicieron los miembros de esa generación para la solución del atraso peruano propugnaban el estudio científico de la realidad nacional y eran opuestas a los factores negativos de la herencia colonial; pero tenían “el hálito de su procedencia francesa y anglosajona” y se basaban en teorías pseudocientíficas. Tales propuestas tenían de común tres ideas centrales: (i) la ruptura con el legado colonial, como primera condición para hacer inevitable el progreso; (ii) la necesidad de formar élites nacionales, para gobernar el país; y, (iii) la promoción de la inmigración europea, para resolver el “problema racial” [240].

La reacción espiritualista y el idealismo arielista: 1900-1920

Ariel de J. E. Rodó, publicada en 1900, tuvo un gran impacto en la comunidad intelectual latinoamericana al principio del siglo. A pesar de su pretendido idealismo era una obra de transición entre el positivismo y el idealismo, una llamada a la juventud de la élite latinoamericana a mantener los valores espiritualistas, arielistas y latinos en contra de su reemplazo por los valores materialistas y “calibanistas” de Norteamérica, sosteniendo a la vez que las dos tradiciones eran compatibles. Era un mensaje optimista, pero que nada decía acerca de los problemas específicos nacionales ni tampoco sobre las poblaciones indígenas. Los intelectuales peruanos adoptaron a Rodó como su director espiritual.

La indiferencia y el desprecio de la tradición autóctona, junto con la imitación del pensamiento europeo eran no sólo característicos del arielismo sino también del positivismo, de donde el arielismo en parte se había derivado [240].

Siguiendo ese mensaje, hacia 1915 se produjo en el Perú una reacción contra el positivismo naturalista de la generación del 900. Esta reacción estuvo influenciada por la filosofía espiritualista; comprendió, por un lado, la crítica de las esperanzas puestas en la educación y la inmigración y, por otro, un reforzamiento de las ideas de la importancia de la autoridad y de la élite. Uno de los principales exponentes de esta reacción fue el profesor de filosofía de San Marcos, Alejandro Deustua (1849-1945), quien introdujo en el Perú las ideas de Guyau, Fouillée y Bergson, quienes a su vez, habían ejercido una gran influencia —junto con Renan— en la obra de José Enrique Rodó. Según Deustua, lo esencial de la conciencia moral es el sentimiento de abnegación desinteresada, de solidaridad simpática, que recibe de la conciencia estética fuerza de elevación y de grandeza; en consecuencia, había que evitar el utilitarismo de la educación técnica, promover la formación moral y consolidar una élite dirigente con valores humanistas [233, 240].

El espiritualismo y la filosofía de los movimientos socialistas: 1920-1940

La renovación filosófica presidida por Deustua dio origen a la aparición de una nueva generación filosófica en 1920, constituida por profesores universitarios que habían sido formados cuando el positivismo declinaba. Sin embargo, esta filosofía continuaba influyendo en muchos de ellos que, por lo demás, eran mayormente partidarios de Bergson. Pero incluso quienes no lo eran, no ocultaban sus simpatías por la metafísica espiritualista, lo cual es un rasgo distintivo de esta generación. Los pensadores más representativos de ella fueron: Mariano Iberico, Pedro S. Zulen y Honorio Delgado. Esta filosofía tiene en su versión política vinculaciones con las ideologías de derecha:

como una nueva praxis derechista... interpretan y utilizan las filosofías espiritualistas que en Europa han desplazado al positivismo... la filosofía de Bergson fue elegida como el mejor soporte doctrinario por los grupos tradicionales que antes habían respaldado su acción en las tesis positivistas. Seguían siendo los dominantes ningún cambio social parecía exigir su relevo en la conducción del país [234].

Henri Bergson (1859-1941), filósofo francés, cuyo pensamiento ha sido caracterizado como perteneciente al evolucionismo espiritualista, combatió el materialismo y el monismo del positivismo naturalista. Niega que la ciencia sea el único método válido y, más aún, afirma que el pensamiento científico es incapaz, por el análisis y la abstracción, de entender ni captar la vida y el espíritu, que son el fondo de la realidad. La inteligencia falsea las realidades que estudia: el movimiento lo construye yuxtaponiendo inmovilidades; lo orgánico y lo vital lo trata como inorgánico y sin vida; y el “tiempo” de la ciencia es vacío y mecánico, una serie de espacios alineados unos tras otros. En cambio, la “intuición” —que es una simpatía adivinatoria totalizante análoga al sentido artístico— se “transforma al interior de un objeto para coincidir con lo que tiene de único, en consecuencia, de inefable”. Afirma que la única realidad es la vida, progresiva, avanzando en creaciones sucesivas: el “impulso vital”. La materia no es más que un elemento que no ha sido tocado por ese impulso [241].

En opinión de Sobrevilla [233], en estas décadas destacan, en el campo de la filosofía política, dos pensadores que lideraron el movimiento de inserción del materialismo histórico en el pensamiento nacional. El primero, José Carlos Mariátegui (1895-1930), con su concepción del marxismo como método —cercana a la de Lukacs en *Historia y conciencia de clase* (1922)—, aportó sus *7 ensayos de interpretación de la realidad peruana*, que presenta los resultados de la aplicación de dicho método en el estudio del Perú; además, aportó: su interpretación del problema racial como un problema económico, su aproximación del marxismo al freudismo y a la religión, sus planteamientos estéticos y sus estudios literarios.

El segundo, Víctor Raúl Haya de la Torre (1895-1980), quien trató de adaptar la doctrina marxista a la realidad latinoamericana, elaboró una filosofía de la historia que está presente en forma simple en *El antimperialismo y el Apra* (1928-1935). Según Haya, cada pueblo debe lograr la conciencia de su *espacio* y de su *tiempo*, pues un mismo tiempo no es aplicable a todos los espacios: la visión que ofrece de la realidad histórica es relativa.

Por su parte, Rivara de Tuesta [234] opina que si bien los actores de aquel movimiento filosófico político estaban directa o indirectamente influidos por el marxismo, al que la revolución rusa victoriosa otorgaba en esos años el prestigio de una teoría refrendada por los hechos, también acogieron y utilizaron otras tendencias filosóficas: “El bergsonismo tiene una vez más su parte; con él, el pragmatismo y el relativismo spengleriano influyen considerablemente en la ideología del movimiento”. Además, como el tema central de la reflexión es el Perú, hay en la obra de estos personajes una tendencia muy clara a dar al pensamiento un carácter de originalidad nacional. Rivara también enfatiza que otros dos rasgos caracterizan a estos actores: el primero, se trata de hombres tanto de pensamiento como de acción, del tipo de militante político e ideólogo; el segundo, su negación de la universidad oficial, por lo que crean las universidades populares, proponiéndose llevar las nuevas ideas a las masas populares.

La ideología racista

El racismo “científico” dominante

Desde el inicio de la década de 1870, el antiguo racismo pretendió fundamentarse en la Ciencia mediante una nueva disciplina: la “Eugenesia”, fundada por Francis Galton (1822-1911), primo hermano de Charles Darwin. En su libro *Hereditary Genius its Laws and Consequences* (1869) propuso —a partir de datos estadísticos, antropológicos y antropométricos— que un sistema de matrimonios arreglados entre hombres distinguidos y mujeres de la clase

alta produciría una raza privilegiada y mejorada a través de varias generaciones sucesivas [242]. Poco a poco las doctrinas racistas se fueron radicalizando adquiriendo así un significado exclusivista destinado a justificar, primero la discriminación y luego la destrucción de pueblos enteros. Hay una aversión al mestizaje, lo deseable es purificar la raza blanca. Impedir los cruzamientos, mejorar la calidad de la raza blanca, tales son los principios de la llamada “higiene racial”, doctrina con amplia aceptación en la Europa de esos años [243]. Foucault señala que el discurso del racismo científico

no fue otra cosa que la inversión hacia fines del siglo XIX, del discurso de las guerras de las razas, o un retomar de este secular discurso en términos sociobiológicos, esencialmente con fines de conservadurismo social... [244].

Gonzalo Portocarrero afirma que el “racismo científico” —en tanto valida la desigualdad intrínseca entre las razas— se difundió fácilmente en el Perú oficial y se constituyó en la ideología implícita del Estado oligárquico. Ideología que permitió a las élites peruanas consolidar una idea de superioridad que justificaba la exclusión de las mayorías del manejo de lo público, en circunstancias que las ideas liberales y democráticas la cuestionaban [245]. Las tesis eugenésicas divulgadas en el país por Gustave Le Bon y otros teóricos europeos, sobre la degeneración de las razas, la existencia de las razas superiores y su triunfo “inevitable” sobre las inferiores, ayudaron a dar categoría de “científico” a las ideas, mantenidas por la cultura dominante peruana, de dominio necesario de los blancos, o en su defecto los mestizos, sobre la población indígena [78].

Para Portocarrero la tesis para obtener el título de Bachiller en Letras de Clemente Palma, *El porvenir de las razas en el Perú*, aprobada en la Universidad de San Marcos en 1897, es un manifiesto del “darwinismo social” en el Perú. En ella se define a las razas india, negra y china como inferiores; a la española, relativamente superior a la indígena, aunque carente de energía y de estabilidad; y a las mestizas como insuficientemente dotadas de

carácter y espíritu: “les falta el alma de una nacionalidad”. La opinión de Palma sobre la raza india es particularmente dura: “raza embrutecida por la decrepitud, es por su innata condición inferior, y por los vicios de embriaguez y lujuria, un factor inútil (...) Los elementos inútiles deben desaparecer y desaparecen... como sucede en Estados Unidos con los pieles rojas”. Pero, si bien para Palma el genocidio de los indígenas sería la solución ideal, reconoce que es inviable en el país: “En el Perú esa desaparición será lenta, porque el contacto de las razas costeñas con las indígenas ejercerá una acción lenta de destrucción”. La única posibilidad de salvación del Perú es el mestizaje equilibrado, que implica el cruzamiento de los criollos con migrantes bien escogidos. En su opinión la mejor terapia étnica para la raza criolla es el cruce con la raza alemana, por lo tanto el mejor gobierno será aquél “que favorezca la inmigración de algunos millares de alemanes (...) lo cierto es que los pueblos son razadas de animales y que sus instintos y tendencias no se modifican con leyes y con educación sino con cruzamiento acertados (...) los pueblos como especies vacunas que se mejoran haciendo cubrir a la hembra por un toro de tales condiciones” [246].

Desde inicios del siglo xx las doctrinas racistas tuvieron que ser reprocesadas en el Perú para apostar por el mestizaje equilibrado en los términos señalados por Palma. Se hace evidente para los dirigentes políticos que la aceptación del darwinismo social europeo significaría el rechazo al mestizaje y, por lo tanto, la negación de un porvenir nacional. En consecuencia, el racismo radical fue proscrito formalmente de la ideología oficial y matizado en el discurso público, aunque en los hechos fue el “fundamento invisible” que continuó legitimando la exclusión política y fortaleciendo el sentimiento aristocrático.

Ni el genocidio de los indígenas complementado con la inmigración de las “razas enérgicas”, ni la exclusión legal, el apartheid, eran posibilidades reales. La única forma coherente de ser optimista era apostando a la integración. El racismo radical llevaba al pesimismo y la desesperanza [245].

La doctrina de la “Eugenesia” halló en ese contexto cultural peruano fácil aceptación. Sus seguidores pretendían que la ciencia había probado la superioridad de la raza blanca y que, por lo tanto, era necesario transplantar a nuestro territorio los supuestamente virtuosos colonos europeos.

La “redención de la raza” y el indigenismo

Por otro lado, la “redención de la raza” nativa ya era un asunto que inquietaba la opinión de los intelectuales y políticos. En 1888, en el “Politeama” de Lima, Manuel González Prada había reclamado:

No forman el verdadero Perú las agrupaciones de criollos y extranjeros que habitan la faja de tierra situada entre el Pacífico i los Andes; la nación está formada por las muchedumbres de indios diseminadas en la banda oriental de la cordillera. Trescientos años há que el indio rastrea en las capas inferiores de la civilización, siendo un híbrido con los vicios del bárbaro i sin las virtudes del europeo: enseñadle siquiera a leer i escribir, i veréis si en un cuarto de siglo se levanta o no a la dignidad del hombre [245].

Después de la Guerra del Pacífico dar “educación a la raza indígena” fue una de las tareas prioritarias que se planteó en esa época para la reconstrucción nacional. Pero rápidamente se llegó a la conclusión de que instruir en los principios de la civilización occidental a dos de los tres millones de los indios de la Sierra, que vivían en el autoconsumo y la sumisión del gamonal, era una tarea a largo alcance que aún no tenía viabilidad en el país.

En los primeros años del siglo xx, como reacción a la Eugenesia y las políticas racistas, surgió una nueva doctrina: la “autogenia”. Según esta última doctrina la población sólo estaba “retrasada” en su evolución, pero no incapacitada para el progreso. En consecuencia, preconizaba la regeneración de la raza andina, a través de la educación, el servicio militar, y la higiene [79]. Los miembros de la “generación del 900”, asimismo, imaginaron con optimismo la posibilidad de un porvenir nacional mediante la

integración y un mestizaje; aunque sin llegar a romper, en su argumentación, con el racismo y el colonialismo:

La exclusión legal está legitimada por una mezcla de argumentos paternalistas y etnocéntricos; aquí la presencia del racismo es mucho más matizada. El elemento biológico está diluido. La idea oficial es que la raza indígena está degenerada pero es regenerable. La redención es posible, los genes no lo determinan todo. La educación es la clave... la degeneración está más en la cultura que en la biología. La exclusión política del indígena tendría que ver con la falta de educación, con su incapacidad para discernir su interés, y no con sus genes [245].

Como consecuencia de la difusión de esas y otras ideas, a lo largo de la década de 1910, asistimos a un progresivo interés por los indígenas, bien por los sectores políticos liberales y conservadores, bien por los ideólogos netamente indigenistas que plantearon la necesidad de educar a los indios como mejor forma de introducirlos en la “nacionalidad” [78]. Importante fue el papel de la Asociación Pro-Indígena (1906-1916) formada por Joaquín Capelo, un intelectual positivista, junto con otros escritores como Pedro Zulen y Dora Meyer. En su publicación *El Deber Proindígena* (1912-1915), pusieron de manifiesto la explotación del indígena en los centros mineros y las haciendas del interior, así como la vinculación de ésta con las leyes sociales [79]. El movimiento indigenista llamaría la atención sobre la necesidad de mejorar la situación de la población indígena de reconocer y potenciar su aportación a la vida nacional peruana, transformando al indio de víctima en protagonista. Los indigenistas destacaron la marginación efectiva de los indígenas en el Perú: que en el mejor de los casos, vivían aparte del mundo moderno; en el peor, sufrían cada vez más los efectos de la modernización y el capitalismo sin trabas que empezaban a afectar al campo a partir de finales del siglo XIX [247].

La ideología racista, no obstante el movimiento indigenista y de estar proscrita en el discurso oficial, continuaría manifestándose en el discurso de autoridades académicas y, especialmente, en el comportamiento cotidiano de los peruanos.

Oligarquía, racismo y aristocracia han estado tan íntimamente vinculados que ninguno de ellos puede concebirse por separado [245].

Con relación a dicha continuidad, es aleccionador recordar las desfavorables reacciones, en sectores de la élite limeña, frente al flujo de inmigrantes asiáticos llegados al Perú en las siguientes décadas; así como leer algunos comentarios de catedráticos de la Universidad de Lima, como fueron los casos de C. E. Paz Soldán y J. Lastres. Este último escribía en 1951:

La raza de ébano traída del África, agregaba al ambiente, un pigmento y una nueva patología. Con ellos, aparte de una nueva raza, con todas sus taras, se produjeron cambios fundamentales en la raciología americana. Al indio adormilado y nostálgico, vino a sumarse el negro rugiente, con su tropicalismo exagerado, sediento de venganza contra el blanco y almacenando, por herencia racial, gran parte de los vicios de la humanidad [248].

Fundamentación teórica de la Salud Pública

Desde la perspectiva de las ciencias biológicas: 1877-1919

En el mundo los avances de la Bacteriología seguían siendo determinantes en el desarrollo del pensamiento y de la acción de la Medicina. Estos avances orientaron a la Medicina, ya que quería fundamentarse en una ciencia positiva, en la búsqueda, para cada una de las enfermedades conocidas, del agente biológico causal y la tecnología biomédica requerida para derrotarlo. Esta concepción positivista y biologicista de la Medicina —punto de partida de la organización del currículo de formación de los médicos propuesto por el Informe Flexner— se extendió hacia la Salud Pública peruana que comenzó a fundamentarse en una epidemiología positiva, de modos de transmisión de enfermedades infectocontagiosas, que mide los fenómenos colectivos en términos de morbilidad y los describe con variables biológicas. Frente a esta concepción, básicamente monocausal, los científicos sociales oponían, sin éxito,

una perspectiva que destacaba los múltiples condicionantes socioeconómicos de la salud.

La hegemonía que rápidamente alcanzó el positivismo y la teoría del germen en la comunidad médica peruana se expresa en el discurso del Dr. Ernesto Odriozola, [86, 87] realizado en abril de 1896. En él se anuncia con optimismo la esperanza de una superación definitiva de las viejas doctrinas médicas por el positivismo: "... es de esperarse, con fundados motivos que la Historia cerrará las páginas del presente siglo dejándolos resueltos, quizá de manera definitiva... algunos aspectos de la Ciencia (...) los procedimientos de investigación de la escuela positivista, cuyos trabajos dieron por resultado una serie de descubrimientos que honran el ingenio humano... La obra magna de las ciencias médicas, en los tiempos modernos, ha sido precisamente la de atravesar los linderos de otras ciencias, llevando hasta el corazón de ellas la luz de la observación clínica y de la experimentación positiva; la de destronar las viejas doctrinas, sólo sostenidas por un dogmatismo aristocrático (...) En otros tiempos se cortaba la cabeza de un criminal en nombre de una teoría muy discutida... pero hoy se aísla al criminal enfermo en nombre de la precisión clínica, de una certidumbre científica y de una confianza incontestable".

También se define a la teoría bacteriológica como una nueva doctrina hegemónica en las ciencias biológicas: "No recuerda la historia, señores, ejemplo de otra doctrina que se haya difundido tan pronto y con tantos bríos, que haya avasallado, en el grado que lo ha hecho, todas las instituciones fundamentales de la Medicina y hasta influido en los conocimientos todos de las ciencias biológicas... Como toda teoría que se asienta sobre bases de observación y experimentación indiscutibles, la teoría bacteriológica ha marchado con vertiginosa rapidez, marcando cada paso con un nuevo descubrimiento y por virtud de esta transformación, los pueblos civilizados se apresuraron a levantar suntuosos edificios, llamados laboratorios, reuniendo allí los elementos de estudio que hoy la ciencia aconseja (...) que se nos tache en buena hora de serviles, si nos rendimos discrecionalmente ante una doctrina que ha

superado en tal sentido al dogmatismo de Galeno, al naturalismo de Hipócrates, al alquimismo de Avicena, al vitalismo de Barthez, al humorismo, al solidismo y demás sistemas médicos conocidos”.

Finalmente, se enfatiza la revalorización de la medicina preventiva y de una Higiene Pública reorientada por la teoría bacteriológica: “Con estos elementos y por procedimientos experimentales sorprendentes, Pasteur ha llegado a descubrir secretos como la atenuación de los virus... En ellos se han dictado las leyes que rigen hoy la Higiene Pública... y por último en ellos pueden decirse que han germinado los prodigiosos adelantos de la cirugía (...) La Medicina Preventiva y la Higiene Pública son los aspectos de las Ciencias Médicas que más adelantos han realizado en estos últimos tiempos, gracias, sobretodo, a los progresos de la Bacteriología. Hace varios años no más que, vagando entre la duda y la hipótesis, la Higiene era una pobre ciencia, plagada de incertidumbre y errores; pero surgió el poderoso genio de Pasteur, que imprimió a la Medicina nuevo rumbo, y entonces el progreso no fue vana palabra para la Higiene, que abandonó el campo de la especulación para apoyarse en el terreno más sólido y más seguro de las deducciones experimentales y de los hechos positivos...”.

El Dr. Ernesto Odriozola (1862-1921), en el momento de dar ese discurso era catedrático de la Facultad de Medicina de Lima, presidente de la Academia Nacional de Medicina y tenía 34 años de edad. Luego sería decano de la misma Facultad por diez años (1911-1921), tres veces presidente de la Academia Nacional de Medicina (1903-1905, 1912-1913, 1921-1922) y autor de la gran obra *La Maladie de Carrión*:

fue un clínico brillante, que unía a su sólida cultura y clara inteligencia una auténtica vocación por los estudios y por la enseñanza de la medicina, impulsando en nuestro medio los métodos de exploración clínica propugnados por la Escuela Francesa. Su reputación rebasó nuestras fronteras y era conceptuado, tanto en el país como en el extranjero, como el más conspicuo médico peruano de su época [97].

Algunos años después del discurso de Odriozola, en la tesis de Bachiller de Francisco Graña —presentada en 1903 con el título *La Cuestión Higiénica*— se aprecia nítidamente la influencia del positivismo y del racismo en la formación académica del médico peruano. Frente a un supuesto crecimiento vegetativo nulo de la población, afirma que es necesario “acrecentar y perfeccionar el capital más valioso para una nación: el hombre”, para este fin plantea que el mejor medio es la “La Higiene, que estudia al hombre en sus relaciones con el medio exterior, á fin de conseguir la viabilidad y perfectabilidad del individuo y de la especie”. Luego, afirma que sólo se puede lograr el crecimiento demográfico por un balance vegetativo positivo, objetivo esencial de la Higiene, o por la inmigración. Con relación a la inmigración, se plantean dos preguntas:

¿no encuentra en realidad un serio obstáculo en las condiciones insalubres de nuestro país? ¿Acaso puede ofrecerse al inmigrante, del que esperamos su contingente de trabajo, inteligencia y capital, con el que deseamos mejorar nuestra sangre, nuestras costumbres y sentimientos, que habite exponiendo su existencia en poblaciones y campos inhospitalarios y mortíferos como los nuestros? [90].

Con relación al progreso que en esos años tiene la Higiene, repite básicamente los argumentos de Odriozola:

... grandes y estrechas relaciones mantiene la higiene con las fases más interesantes de la actividad social... Cuan vasta es la esfera de acción de esta ciencia, que limitada no ha mucho á un pequeño conjunto de preceptos más ó menos errados ó dudosos, de reglas deducidas de la simple observación vulgar, de prejuicios y convencionalismos; se convierte merced a los maravillosos adelantos realizados por la medicina en la última mitad de la pasada centuria, y apoyada en la exactitud matemática de la Estadística, en los sabios principios de la Economía Política, en las infinitas aplicaciones de la Ingeniería y de la Agrimensura; en una de las cuestiones más trascendentales de la civilización, considerada hoy a justo título como “la última expresión del perfeccionamiento social, desempeñado por el adelanto científico de la época” ... [90].

Además, se cuida de relacionar dicho desarrollo con la Bacteriología:

Esta sorprendente evolución... (es) debida al portentoso descubrimiento de la doctrina bacteriológica, que haciendo conocer los organismos productores de la mayor parte de las enfermedades, ha echado las bases fundamentales sobre que reposan ahora sólidamente, todas las ciencias médicas: la etiología...; la patogenia... Esta es toda la diferencia que existe entre la higiene antigua y la moderna ciencia profiláctica: el conocimiento de las causas y de las leyes que rigen la acción de estas causas; con lo que la higiene ha adquirido en sus indicaciones, una precisión absoluta en sus resultados, un carácter cierto de infabilidad [90].

Por último, subraya la importancia que, en su entender, ha adquirido la nueva Higiene:

La medicina tiene incrédulos, la higiene no. Y todos han comprendido que el arte de prevenir las enfermedades reclama un puesto más prominente que el de curarlas. Que su dominio es más vasto, por que él se dirige á las masas, y que su acción es más potente, porque es más fácil impedir que se enfermen mil personas, que curar una sola. La Terapéutica es necesariamente individual, puede ó no curar á un enfermo; la higiene salva á toda una nación, esta es la diferencia [90].

La importancia de conocer estas ideas, interiorizadas por Graña al final de su formación médica, reside en el hecho de que, luego de trabajar en la recién creada Dirección de Salubridad, estuvo a cargo, entre 1912 y 1922, de la enseñanza de la “Higiene Privada, Pública e Internacional” en la Facultad de Medicina de Lima, como catedrático titular.

*Desde la perspectiva de las ciencias médicas y sociales:
1920-1933*

En 1915 por iniciativa del rector de la UNMSM, don José Pardo, el Consejo Universitario acordó auspiciar un programa de extensión universitaria dirigido al público en general. Entre los catedráticos

que participaron en el dictado de lecciones populares, en el local de la Confederación de Artesanos, estuvo Carlos Enrique Paz Soldán quien había obtenido su título de médico cirujano en 1911 y su grado académico de doctor en el año 1915 sustentando la tesis *La Asistencia Social en el Perú*. Paz Soldán estuvo a cargo de trece conferencias sobre higiene y medicina social dictadas en el mencionado programa; estas conferencias fueron publicadas en 1916 como un libro titulado *La Medicina Social. Ensayo de Sistematización*. De la primera de estas conferencias se transcribe lo siguiente:

La Medicina Social, contesta... el profesor Tropeano, es una disciplina encaminada a sintetizar y vulgarizar los resultados científicos y prácticos de las diversas doctrinas biológicas y sociales, informando las costumbres y leyes de los pueblos y de los gobiernos con el fin de tutelar suficientemente la vida física, moral y económica de las naciones, mediante la disminución de la morbilidad y mortalidad humanas, la prolongación de la vida media de las clases pobres y el mejoramiento de la especie... estudiando únicamente las necesidades fisiológicas individuales en relación con las contingencias sociales, el enfermo en relación con la colectividad, la enfermedad con el ambiente económico y moral, trata de reprimir y prevenir las infecciones de origen colectivo —epidemias y endemias, intoxicaciones, sicosis y degeneraciones sociales— precisando y conjurando los factores sociales que determinan y sostienen tales enfermedades, con la promulgación de remedios sociales, queridos por el pueblo por virtud de conciencia higiénica e impuestos por la legislación por obra de los gobiernos civilizados (...) Pauperismo e ignorancia, he aquí los dos factores más importantes de decadencia individual y de génesis morbosa. Luchar contra sus estragos, amenguar en la medida de lo posible sus funestas repercusiones sobre el organismo nacional, indicar con alta inspiración científica las medidas destinadas a su desaparición, tales son los anhelos generosos que tienen en mira realizar los médicos sociólogos. Tal es asimismo el fin que perseguimos con esta serie de conferencias, de vulgarización y de propaganda de la Medicina Social [215, 227].

Luego de cinco años de realizadas esas conferencias, Paz Soldán se hace cargo de la cátedra de “Higiene Privada, Pública e

Internacional” en la Universidad de Lima. En esta época él transforma la idea que tenía anteriormente sobre este tema:

la docencia de la Higiene en la Facultad de Medicina, sin dejar su tradición se enrumba hacia lo social. Fue una dirección entonces un poco heterodoxa. Ya no es el microbio únicamente, sino el hombre, los que generan las enfermedades difusibles... la convertimos en una verdadera doctrina médico-social... nuestra Facultad de Medicina contaba antes de esta nueva orientación de la Higiene, convertida en Medicina Social, con cátedras especiales de Bacteriología y Parasitología... [249].

Desde el año 1920 y hasta el final de sus casi cuarenta años de catedrático principal, Paz Soldán expuso —de manera reiterada y sin mayores cambios— las ideas centrales de lo que él denominó: “Primer Programa Analítico y Razonado” de la enseñanza de Higiene en la Facultad de Medicina de Lima.

En la exposición del mencionado programa Paz Soldán, luego de comentar sus experiencias sobre la enseñanza-aprendizaje de la Higiene durante sus viajes a Europa, Norteamérica y Latinoamérica, establece a manera de conclusiones la forma en que él entendía la Higiene “Integral” y lo que ésta debía significar en el proceso de educación médica y sanitaria en el Perú. Conclusiones presentadas en un esquema que, en su opinión, exponía de manera simple “cuál es la concepción que tiene de la Higiene la Escuela Médica de Lima y la norma que sigue en su enseñanza”. Concepción “integral” que era definida, según el “pensamiento” de su autor, de la manera siguiente: “es la disciplina que tiene por finalidad propia condensar en síntesis doctrinarias los conocimientos científicos médicos y sociológicos para obtener con su aplicación el beneficio de la salud individual y colectiva del hombre a fin de tutelar su vida, proteger su salud y asegurar para él y para su descendencia el progreso bio-social”. Paz Soldán, además, enfatizaba orgullosamente: “No es la repetición de otros. Es algo original que metodiza la inteligencia y la permite alcanzar nuevas cumbres para la doctrina y la acción médico-sociales” [224].

Los fundamentos y los alcances de esa nueva concepción eran precisados, por el mismo Paz Soldán, mediante el mencio-

nado esquema a ser utilizado para la “docencia moderna de Higiene”. Este esquema tenía tres “cuerpos” o “tramos”:

- El primero, constituido por los “postulados, hechos, doctrinas y sugerencias” de las ciencias médicas y las ciencias sociales que integrados “en armónico conjunto”, actúan como “inspiradoras de la Higiene”, a la vez que “nutren en realidad a la Higiene ampliando su radio de acción y convirtiéndola en Medicina Social”. Es el cuerpo de los fundamentos científicos de la nueva Higiene Integral.
- El segundo, es la misma cátedra que, utilizando criterios propios de la Higiene, “aplica y transfigura los hechos y doctrinas” de las disciplinas médicas y sociales, “armonizándolos en un haz que los unifica y los hace utilizables para obtener el progreso sanitario individual, colectivo y racial”. Es el cuerpo teórico de la nueva Higiene que resulta de esta armonización.
- El tercero, es el campo de acción docente de la cátedra que diverge en cinco direcciones: (i) la “cátedra magistral” a cargo del maestro, en la cual habrán de plantearse los problemas sanitarios nacionales y las soluciones correspondientes; (ii) el “laboratorio técnico”, donde se realiza la búsqueda paciente de todo aquello que pueda contribuir a un mejor conocimiento sobre los “hechos y doctrinas médico-sociales mal esclarecidos”; (iii) el “museo de higiene”, donde se llevarán a cabo los trabajos prácticos, que incluyen las excursiones sanitarias, y se deberá encerrar todo cuanto tiene de conquistado la Higiene aplicada en el propio país y en el resto del mundo; (iv) la docencia dirigida a “combatir y disipar la ignorancia de los de arriba”, influyendo con sus enseñanzas y sugerencias en la preparación de las leyes y en la ejecución de los actos del poder político; y, (v) la docencia dirigida a “formar la conciencia sanitaria popular”, enseñando y adoctrinando a las masas a fin de que puedan sentir la necesaria convicción de los beneficios de la Higiene, superando “la rutina y los prejuicios de los de abajo”.

El mismo Paz Soldán se encarga de remarcar que todas esas acciones docentes “cuando cristalizan en hechos concretos, cuando imprimen su huella benéfica en la vida social, cobran tres aspectos únicos: o son actos de asistencia social, o son actos de saneamiento del medio o son actos de profilaxia y administración sanitaria (...) Y estas tres formas posibles de realización siempre convergen a un punto que es meta: el progreso del individuo, de la colectividad y de la raza”. Asimismo, recalca que el higienista deberá ser “un político en el más alto sentido de la palabra”, para inspirar las leyes y actos del poder público; así como “casi un apóstol”, para formar la conciencia sanitaria popular [224].

Un poco menos de 50 años después de esa exposición de Paz Soldán, los Drs. H. Sarmiento y J. Alarcón, profesores de Medicina Preventiva y Salud Pública de la UNMSM, hacen el siguiente comentario sobre la trayectoria de este personaje y el impacto de su obra:

Ubicamos a Paz Soldán dentro de los intelectuales menos imbuidos del pensamiento oligárquico de la época, tuvo, por esta razón, ideas surgidas de las condiciones surgidas de las condiciones sociales de la Europa capitalista, las que sin embargo, por no tener un sustento social real no llegaron a realizarse. Esto explicaría... el por qué no se cristalizó el esquema que resume la enseñanza de la Higiene en la Facultad de Medicina durante los años que estuvo al frente de ella, el cual no deja de tener vigencia (...) ¿Qué clase social podía levantar y luchar por la consigna de una medicina social?, Paz Soldán comprendió, en sus inicios, que esa clase era el proletariado; pero al no percibir las leyes del cambio social, vuelve los ojos a otros lares y no continuó transitando por el camino social. No podía ser otro el comportamiento de un intelectual aislado, sin sostén social, sin una clase vigorosa que lo empuje. Pero los logros que en ese corto período (1915-1937) alcanzó el pensamiento de Paz Soldán no dejaron de imprimir su huella en la obra posterior, aunque cada vez más tenue [227].

El Dr. Paz Soldán (1885-1972), calificado por Jorge Avendaño como “Apóstol de la Medicina Social”, fue un hombre notable. Casi 40 años encargado de la cátedra de Higiene de la Facultad de Medicina. Secretario de la Academia Nacional de Medicina en 1919-

1920, fue desde 1926 Secretario Perpetuo de la misma, cargo en el que permaneció durante más de 30 años. Creador y director de la revista *Reforma Médica*, que se publicó desde 1915 hasta 1966. Principal gestor y luego director del “Instituto de Medicina Social”, inaugurado en 1927. Presidente de la Sociedad Peruana de Historia de la Medicina, creada en 1939. Asesor de las autoridades nacionales de salud y representante del Perú en múltiples reuniones internacionales. Fue, además, “publicista distinguido e infatigable y mentor obligado de todas las cuestiones vinculados con la Medicina Social y Concejal de Lima, en varias oportunidades” [98].

En las primeras décadas del siglo xx las limitaciones político-administrativas de la Sanidad peruana —derivadas tanto de una rectoría sanitaria a cargo de un ministerio orientado esencialmente al fomento de las obras públicas, como de una conducción política separada de los asuntos sanitarios y asistenciales— eran cada vez más evidentes. Por ello, en casi todos los eventos médicos y sanitarios se recomendaba al gobierno la creación de un Ministerio que se hiciera cargo de la sanidad, la asistencia y la previsión, de manera conjunta. Uno de estos eventos fue la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana (Lima, octubre de 1927), presidida por Paz Soldán, donde se aprobó una iniciativa de la delegación peruana que dice:

La VIII Conferencia... reitera su adhesión a la reforma del Estado para prepararlo a la realización política de la Higiene; y declara que sólo con el funcionamiento de un Ministerio consagrado exclusivamente a los negocios médico-sociales es posible la plena ejecución de una política nacional e internacional. En consecuencia, recomienda a los Gobiernos que aún no lo hayan hecho, la creación de un nuevo Ministerio de Estado [19].

El Dr. Carlos Bambarén, al tratar ese mismo tema, resume la opinión de la orden médica nacional al final del Oncenio de la manera siguiente:

Cuando se fundó en 1903 la Dirección de Salubridad, la exposición de motivos declaraba que la meta... era la creación del Ministerio de Salud Pública... Paz Soldán ha sido, entre nosotros, el

campeón de esta idea que ha merecido acogida casi general de los técnicos nacionales y extranjeros a quienes se ha consultado su opinión... Muchos han dicho que para las necesidades del país basta una Dirección de Salubridad..., pero sobre el Director de Salubridad existe otro funcionario de la administración pública que no tiene ninguna responsabilidad profesional, que no posee la fe esculápica y que no tiene que rendir ninguna cuenta al gremio médico, que es quien debe juzgar en todo momento la actuación de una repartición gubernativa que debe ser netamente apolítica, es decir, sin las obligaciones del círculo partidista que gobierna en un momento dado el país... El Ministro de Sanidad y Asistencia Social debe ser el único consejero que tenga el jefe de gobierno para resolver estas cuestiones; no es posible que trate de ellas un Ministro no profesional, un Ministro que no conoce el léxico y la técnica de la Medicina..., y el panorama resulta más sombrío todavía, cuando se contempla lo que pasa en la Asistencia, que resuelve todas sus cuestiones sin recibir el control orientador de las autoridades del ramo de la salubridad pública y que usa como conducto regular para sumarse al dinamismo gubernativo, la Dirección de Beneficencia del Ministerio de Justicia, Culto, Instrucción y Prisiones [250].

Bambarén también criticaba, al igual que la mayoría de sanitaristas peruanos a inicios de la década de los 30, la persistencia de la antigua delegación que el Estado le había hecho a las sociedades de beneficencia de la asistencia médico-social, así como los defectos en la gestión de estas instituciones. Los argumentos de tipo doctrinario y técnico que fundamentaban esa crítica eran los siguientes:

La caridad indiscutiblemente monopolizó, durante varios siglos, la asistencia del enfermo... Cambiado —desde la revolución francesa— el concepto de Asistencia y transformada en obligación del Estado, las cosas han variado substancialmente; no se asiste al hombre por caridad, sino por obligación y por conseguir que la salud —capital— rinda y produzca... Entre nosotros, la Beneficencia ha ejercido estas funciones (asistenciales) por delegación del Estado, pero su estructura la monopoliza hasta la fecha con criterio confesional y otros conceptos sociales ya en bancarrota

en el mundo. Con estos errores nada tiene de extraño que siga aplicando doctrinas medievales y que siempre mantenga cuestiones de fuero, prerrogativas que figuraban en las leyes del Virreynato, pero que están en pugna con la democracia. Se explica así que la Beneficencia caritativa halla seguido en el Perú vida lánguida... en retraso con las conquistas científicas y los nuevos postulados de la técnica asistencial. Vida mediocre llevan la mayor parte de las beneficencias del Perú, sólo la de Lima y Callao han adquirido bastante volumen, porque los legisladores dieron leyes especiales para ellas impulsando sus servicios; las demás que no han tenido esta ayuda, se mantienen estáticas, fuera del campo del progreso [250].

Mientras el Estado adquirió el desarrollo necesario, mientras se preparaban los técnicos que debían reemplazar a los empíricos, mientras el concepto de la caridad subsistió, para ser sustituido por el concepto de obligación estadual frente al enfermo, se explica que existiese en el Perú organizaciones fruto de la filantropía, instituciones resultado de la caridad, que más piensen en las ideas éticas y en los conceptos de la vida futura, que en la defensa del capital actual, en la protección del hombre... no es posible que vivan desarticuladas las instituciones que se dedican a la función curativa aquellas que tienen por objeto la función preventiva [251].

Carlos Bambarén (1892-1973), médico-cirujano, doctor en Medicina (1919) y en Ciencias Naturales (1922); fue catedrático interino de Medicina Legal (1920) y de Higiene (1922) de la Facultad de Medicina y, luego, catedrático de Derecho Penal en la Facultad de Derecho de la UNMSM. Director y principal redactor de *La Crónica Médica*. Miembro de la Sociedad Geográfica de Lima y académico titular de la Academia Nacional de Medicina durante cincuenta años. En palabras de su contemporáneo Jorge Avendaño:

fue un apasionado de la Medicina Social, poseído de un gran afán de saber... y sobre todo por la desinteresada difusión de los más recientes conocimientos... propagandista convencido del nuevo apostolado de la Medicina Social... Dotado de rígida ética, siempre fue austero y valiente en sus afirmaciones... [98, 114].

Legitimación oficial de la Salud Pública

Durante los gobiernos oligárquico-civilistas: 1877-1919

El proyecto oligárquico-civilista defendía las ideas liberales, el positivismo científico y la modernización del país. Se trataba de hacer del Perú un país europeo lo cual significaba una nación ordenada, próspera y culta según los parámetros occidentales. Para los gobiernos civilistas la promoción de una economía de exportación de materias primas y atracción de capitales e inmigrantes extranjeros, especialmente europeos, parecían resumir sus propuestas económicas. Postulaban que las claves para comprender la situación del Perú eran fundamentalmente dos: la presencia de la población indígena y la ausencia de inmigrantes anglosajones. Ambas cuestiones, que habían formado parte de la mentalidad colectiva desde la independencia y se habían desarrollado a partir de 1845 con la progresiva incorporación a la economía occidental, alcanzaron su cenit en la última década del siglo XIX y los primeros años del siglo XX cuando el credo positivista les brindó la ilusión de una oportunidad única para conseguirlo: la teoría de la selección natural aplicada a la sociedad [78].

Posteriormente, el fracaso de la política de inmigración y la decadencia de las tesis darwinistas, junto con la progresiva decepción de los ideólogos antaño promotores del positivismo, propiciaron una reacción “espiritualista” y un redescubrimiento del pasado histórico peruano por parte de intelectuales miembros de la llamada “generación del 900”. Esta generación, en un planteamiento congruente con los postulados civilistas, estuvo influenciada también por ideas de modernización económica y de orden político. Para ellos el progreso del país consistía en el crecimiento de una economía de exportación, el libre comercio, una democracia representativa limitada y el desarrollo de una educación técnica y científica. Asimismo, consideraban que una autoridad fuerte era indispensable para conseguir estos objetivos [38].

Uno de los principales representantes de esta generación fue Francisco García Calderón quien enfatizaba, en 1907, que un país como el Perú, desintegrado y fragmentado social y racialmente, necesitaba de un liderazgo político fuerte que viniera de una oligarquía educada y progresista. Esta élite serviría para fortalecer al Estado, atraer inversiones en la economía e incorporar a las masas indias en la vida nacional. Por otra parte, era muy claro que la única mano de obra disponible en el Perú era la indígena [78].

Con respecto al Estado y sus políticas sociales, los gobiernos del segundo civilismo no tuvieron una actitud indiferente. Pensaron que el Estado debía empezar a cumplir un rol moderador, promotor e integrador y que el Ejército, la educación y la salud pública debían servir para integrar y formar a la población indígena. Esto último significó la concepción de la educación y la salud como instrumentos civilizadores, formadores de ciudadanos y una mayor injerencia del gobierno central en la sociedad a costa de atribuciones que en parte tenían las municipalidades. Según la Ley de Instrucción de 1876, la educación primaria estaba en manos de las municipalidades. Esto se modificó en la ley de 1905, dado por el gobierno de José Pardo, en la cual el nivel de educación pasó a depender del gobierno central del Estado y se declaró obligatoria y gratuita [38].

La élite civilista consideró la protección sanitaria de los puertos, de las ciudades y de la población como una responsabilidad del Estado, y como un requisito para la marcha normal de la economía de exportación, la intensificación de la productividad de una escasa fuerza de trabajo, así como la atracción de las inversiones y los inmigrantes europeos. En el mensaje presidencial de José Pardo de julio de 1905 se afirmaba:

Cada día son más palpables las ventajas del Servicio Especial de Salubridad. Tiene la preferencia en todos los países cultos. En el Perú ejerce además otra función: la de conservar la población para su crecimiento. Nuestra posición geográfica, la poca extensión irrigada de la Costa y la limitación de los recursos fiscales hacen difícil pensar en la inmigración en la escala sufi-

ciente para ser actor de crecimiento inmediato de población. La tarea tiene que concretarse, por ahora, a conservar la que existe para que se aumente por reproducción, y esta es la labor de la Dirección de Salubridad (*El Peruano*, 28 de julio de 1905).

De acuerdo con estas consideraciones se había creado, dos años antes, la Dirección General de Salubridad; este hecho convirtió al Ministro de Fomento y Obras Públicas en la más alta autoridad política en Sanidad. Se superaba así la antigua concepción de la Sanidad como la “policía médica” encargada, solamente, de la conservación del orden del espacio colectivo. En la exposición de los motivos que argumentaban la Ley de Creación de la Dirección General de Salubridad tenemos:

Precisa por lo tanto la organización y preparación de un sistema nacional que se adapte a las necesidades y recursos del país. Labor de tanta importancia que requiere una dedicación tan especial no podrá ser llenada satisfactoriamente sino por una nueva dependencia de este ministerio, á la que se encargaría la solución de este delicado problema sanitario y la de todos los asuntos que se relacionan íntimamente con la conservación y mejoramiento de la salud pública. No basta la acción de los concejos municipales para afrontar y resolver acertadamente los múltiples y complicados problemas que afectan el estado sanitario del país y que requieren una preparación técnica especial, en las personas encargadas de su solución y estudio... Los bien entendidos intereses del país exigen pues, la creación, en el ministerio de mi cargo, de una Dirección de Salubridad Pública... En ningún país, sin duda, se hará sentir con más fuerza que en el Perú, la falta de una Dirección Superior de Salud Pública. Sin unidad en la concepción, sin método en el plan, sin oportunidad en la ejecución, los procedimientos profilácticos en el Perú no han dado sino muy escasos resultados prácticos... [252].

La nueva concepción del papel del Estado en el campo de la Salud Pública se define muy bien en el memorial que, para crear la Dirección de Salubridad, presentó al Congreso el Ministro de Fomento, Manuel Camilo Barrios:

Los adelantos de la ciencia y una más perfecta percepción de las necesidades de los pueblos, en orden a su bienestar y felicidad, han establecido como principio administrativo que uno de los primeros deberes de los poderes públicos es atender la conservación y mejoramiento de la salud humana... La prudencia más elemental aconseja, pues, no sólo dirigir los esfuerzos del Estado a limitar y extinguir rápidamente los focos epidémicos actuales, sino a prevenir para el futuro la renovación de la dolorísima situación... Precisa, por lo tanto, la organización y preparación de un sistema de defensa que se adapte a las necesidades y recursos del país. No es únicamente cuando aparece una epidemia mortífera o una enfermedad exótica devastadora, que la acción de los poderes públicos debe manifestarse en guarda de la salud y la vida... También debe exteriorizarse en las épocas normales cuando sólo actúan las causas patógenas comunes... [253].

Barrios era médico de profesión, catedrático de Medicina Legal y Toxicología de la Facultad de Medicina de Lima desde 1884 y su secretario desde 1891; posteriormente a su gestión como Ministro de Fomento fue decano de esta facultad de 1907 a 1915.

Durante la “Patria Nueva”: 1919-1930

Carmen Mc Evoy comenta que el 4 de julio de 1919 “la política de lo posible se impuso sobre un ideal cívico-republicano a todas luces inviable. Así, el surgimiento de un experimento político-ideológico alternativo, denominado de la ‘Patria Nueva’, 1919-1930, sustituyó violentamente al fracasado republicanismo... Sin embargo, a pesar de su autoproclamada novedad... no pudo ocultar su inocultable aire de familia con el patrimonialismo autoritario, que modeló tempranamente a la cultura política peruana” [254].

El gobierno de Leguía fue, en sus primeros años, marcadamente populista. Potenciaba “un programa de reivindicaciones populares; la vieja política elitista del civilismo intenta ser reemplazada por una política nacional que prometía colocar el Estado al servicio de la mayoría” [255].

La Constitución de 1920 puso de manifiesto las nuevas ideas sobre la organización del Estado y la influencia conceptual de las constituciones mejicana y europea de la primera posguerra europea. Se introducen los principios de centralización de la administración pública y de autonomía del Estado; asimismo se legalizó la propiedad de las comunidades indígenas. Además, Leguía creó el “Patronato de la Raza Indígena” y una sección de asuntos indígenas en el Ministerio de Fomento, encabezada por un indigenista renombrado, Hildebrando Castro Pozo. Fundó escuelas agrarias e instituyó el “Día del Indio” [247]. La “Patria Nueva” incluía así, tempranamente, una política orientada hacia las necesidades de la población indígena del Perú; se trataba de aprovechar o atender el clamor creciente del movimiento indigenista.

Pero, transcurridos esos primeros años, una vez desarticulado el Civilismo, el régimen ingresa a su segunda fase (1923-1930) la cual estuvo caracterizada por la hegemonía norteamericana y el apoyo abierto de la burguesía industrial. Fase en la cual los conflictos de intereses fueron creando resistencias al régimen leguista, cuyas autoridades sólo atinaron a hacerse más intolerantes frente a la crítica de sus oponentes. En un intento de impedir que algún obstáculo lo desviara de su meta de instalar la “Patria Nueva” —en verdad sólo equivalente al establecimiento de un Estado “moderno”—, el régimen leguista regresó a las viejas formas del patrimonialismo autoritario, utilizando los mecanismos de coacción antes que los de búsqueda de legitimación.

Además de una nueva constitución, el proyecto modernizador de Leguía se caracterizó, en los hechos, por la realización de grandes obras públicas, la reorganización del sistema bancario y fiscal, el desarrollo de los organismos de seguridad estatal, un sistema de instrucción pública más extendida y —para financiar todo este desarrollo— la entrada masiva de capital extranjero, especialmente, norteamericano. Según Chavarría: “El gran diseño de Leguía para el desarrollo nacional aspiraba nada menos que... la construcción de una nueva nación. Esto le situaba en la línea central de la tradición nacionalista reformista que había predomina-

do desde la década de los años setenta del siglo XIX entre las élites principales del país”. Sin embargo, a juicio del mismo autor, esta tradición encerraba una contradicción, a saber: “el conflicto repetido entre la dependencia creciente del Perú, consecuencia de la manera en que ocurrió la modernización capitalista, y una demanda creciente para la liberación nacional” [255].

Por otro lado, Leguía estaba convencido de que el éxito de su proyecto dependía, además de la entrada de capital financiero, de la incorporación de la tecnología norteamericana. Con este propósito su régimen incorporó a expertos norteamericanos en la administración pública para dirigir las actividades educativas, agrícolas y sanitarias, argumentando que los recursos locales eran inadecuados y necesitaban modernizarse. Un funcionario extranjero, citado por Cueto, cuenta al respecto que Leguía le confesó que “su deseo era colocar a un norteamericano a cargo de cada rama de las actividades del gobierno” [139].

Así, en el campo específico de la Salud Pública y durante los tres primeros años del Oncenio se contrataron médicos e ingenieros norteamericanos —con apoyo de la Fundación Rockefeller— para dirigir las campañas contra la fiebre amarilla, el paludismo y la peste. Además, entre 1921 y 1922, dos de estos profesionales fueron nombrados y se sucedieron en el cargo de Director General de Salubridad, a pesar de ser ciudadanos extranjeros. En estas circunstancias se hizo de conocimiento público una nota que hemos transcrito en páginas anteriores, donde uno de estos ciudadanos norteamericanos, Henry Hanson, condicionaba su permanencia en el cargo a la aprobación de un conjunto de ideas y procedimientos que proponía en dicha nota. Sus principales propuestas eran: (i) eliminación del clientelismo político; (ii) nombramiento de funcionarios a tiempo completo; (iii) desconcentración de la gestión; (iv) médicos sanitarios que representaran a la dirección de salubridad en sus respectivos departamentos; (v) regulación de la autonomía municipal; y, (vi) el fomento de la educación sanitaria [104]. Pero, las condiciones exigidas por Hanson para su permanencia en el cargo de Director General de Salubridad debieron

ser consideradas inaceptables por parte del Ministro de Fomento, Dr. Lauro Curletti, porque exigían una independencia y una autoridad no consideradas en la normatividad vigente y, peor aún, que no correspondían a la práctica político-administrativa durante el “Oncenio”. Por ello no puede sorprender que Hanson se retirara de la Dirección General de Salubridad después de apenas cuatro meses de gestión.

En reemplazo de Hanson se nombró al Dr. Sebastián Lorente y Patrón, psiquiatra e higienista mental peruano, quien completó una gestión de ocho años sin insistir en las exigencias de Hanson. El nuevo director limitó su discurso político sólo al hecho de expresar su rechazo al “retrógrado” concepto “caritativo” de la Medicina y de la beneficencia, que él relacionaba con el “civilismo y la oligarquía”, y a ensalzar los esfuerzos de Leguía por construir un aparato estatal que, en su entender, daría como resultado la ampliación de una “salud pública preventiva y más fuerte” [105]. Describía, además, a la Higiene Pública como una ciencia aplicada: “una ciencia que está destinada a hacer más bien que todos los otros servicios médicos descubiertos o administrados de manera conjunta” [106].

De acuerdo con el estilo autoritario adoptado por el gobierno de Leguía, en su segunda fase, no hubo mayor preocupación de la Dirección de Salubridad por fundamentar y legitimar la política sanitaria aplicada por el régimen. Esta conducta explica, en parte, los comentarios tan negativos que sobre la gestión de Lorente se realizaron después del derrocamiento de Leguía, entre ellos el manifiesto del “Movimiento de Médicos Jóvenes” (1931) y el del Dr. Luis Ángel Ugarte (1933) presentados en páginas anteriores. Otro comentario, en el mismo sentido, es el que hace Bambarén:

El empirismo y el ensayo poco afortunado, dominan el escenario de la salubridad pública. Las instituciones que tienen a su cargo la defensa de los componentes del agregado social, viven en medio de una anarquía doctrinaria y funcional... Los médicos verdaderamente capacitados en cuestiones médico-sociales, pocas veces han ido al Gobierno... La carrera sanitaria no ha to-

mado carta de ciudadanía entre nosotros; se cree que todos los médicos son aptos para desempeñar funciones sanitarias, cuando es todo lo contrario... [251].

Casi al finalizar el “Oncenio”, el 14 de mayo de 1930, el subdirector de Salud Pública, Dr. Lavourería, debió hacer un informe en que se precisó los cambios en la posición oficial sobre las responsabilidades del Estado y de la Beneficencia en la asistencia hospitalaria. Por su importancia, transcribimos los principales párrafos de dicho informe:

Es concepto anticuado y ya inaceptable, el que la asistencia hospitalaria es un servicio de Beneficencia... Hoy se piensa de manera diferente. Hoy se juzga que el cuidado de la salubridad pública es el primer deber de los Gobiernos; que la asistencia de los enfermos, no es una obra de caridad, sino una obligación del Estado... No hay tampoco fundamento legal para considerar que los hospitales deben ser dirigidos y administrados por las Sociedades de Beneficencia. Se comprende que los hospitales que han sido fundados por esas sociedades y que ellas sostienen con sus propios recursos, sean administradas por ellas, bajo el control y supervigilancia de las autoridades de sanidad; no porque ello sea bueno, sino porque hay ya intereses creados y derechos que impiden hacer algo mejor; pero no hay razón alguna que obligue a crear Sociedades de Beneficencia que se encarguen de administrar hospitales que, como el de Tacna, son sostenidos por el Estado... Pero aparte de los conceptos jurídicos y legales hay, sobre todo, razones de orden técnico que obligan a evitar, siempre que sea posible, que los hospitales estén dirigidos por las sociedades de Beneficencia; porque es evidente que sólo puede dirigir y administrar con eficacia un servicio de orden técnico, como es el de la asistencia de los enfermos, quien se ha dedicado a estudiar los problemas que esa asistencia presenta tanto desde el punto de vista médico,... como desde el punto de vista sanitario... y como desde el punto de vista asistencial... Y los miembros de las sociedades de Beneficencia, personas, en su gran mayoría, dignísimas socialmente, no están preparadas para esta labor. Por eso, los hospitales que el Gobierno ha fundado y sostiene... no se han entregado a sociedades de Beneficencia, como

no se entregará tampoco el Hospital Policlínico [de Tacna] que pronto se erigirá, ni ninguno de los que se creen y se sostengan por el Estado [111].

Salud en los proyectos antioligárquicos

Propuesta aprista

El Perú de la década de los veinte, en la concepción de Víctor Raúl Haya de La Torre (1895-1980), era una sociedad donde prevalecían las relaciones feudales: la clase dominante estaba compuesta por un conjunto de gamonales, la industria se iniciaba, la burguesía nacional era incipiente y el proletariado demasiado joven y numéricamente reducido. En el Perú, por tener condiciones diferentes, no podía repetirse el camino seguido por la revolución rusa. Además, en Rusia el capitalismo había surgido como consecuencia del desarrollo interno de ese país, mientras que en América Latina el capitalismo recién hacía su aparición como un derivado de la expansión imperialista. En Indoamérica —como acostumbraba decir Haya—, el imperialismo tenía un lado negativo y otro positivo: acarreaba dependencia y subordinación pero traía capitales, desarrollo y progreso. Necesitábamos del capitalismo para poder en el futuro, construir una sociedad socialista.

En América Latina, además, el imperialismo oprimía a un conjunto de clases sociales, al pueblo y a la nación. En Rusia el problema de “clase” era el problema central; en el Perú el eje de la acción política estaba dado por el “problema nacional”. Bajo la inspiración de la revolución mexicana y del Kuo Min Tang, Haya reivindicaba el papel revolucionario del nacionalismo. En el Perú no se podía construir una sociedad socialista, se debía tratar de edificar una sociedad en transición adecuada a las características de Indoamérica, es decir, una sociedad en la que una política de nacionalizaciones permitiría la edificación de una sólida economía estatal. El Estado, bajo cuyo control quedarían las grandes empresas mineras y petroleras, estaría de esta manera en condi-

ciones de negociar con el imperialismo, sujetarlo a las leyes del país e imponerle condiciones. El proyecto implicaba desarrollar la economía peruana mediante la articulación entre el Estado y el imperialismo. La construcción del Estado antiimperialista era el producto de un frente conformado por las tres grandes clases oprimidas por el imperialismo: el campesinado, el proletariado y las clases medias [256].

El aprismo, movimiento de acción revolucionaria latinoamericana fundado en 1924, fue organizado como Partido Aprista Peruano (APRA) en 1931; canalizó la insurgencia de las masas populares. El partido abogó por la transformación del Perú desde el Estado a través de la implantación del “Estado antimperialista aprista”. K. Sanders llama la atención que la

categoria de nación casi nunca apareció en el discurso hayista... en todos sus escritos tanto antes como después de 1930, existen muy pocas referencias a la identidad nacional del Perú... Los peruanos no tienen que ser peruanos, tienen que ser apristas; es necesario consolidar no un Estado peruano, sino un Estado aprista el lema del Partido es: “Sólo el aprismo salvará al Perú”. Se transforma el Aprismo en una fuerza redentora que, por virtud de sus principios salvadores y de su líder mesiánico, creará un nuevo Perú [257].

En agosto de 1931 se reunió el “Primer Congreso Nacional del Partido Aprista Peruano”, formado por las delegaciones de los comités departamentales, provinciales sindicatos de trabajadores manuales e intelectuales. En el evento se discutió y aprobó el programa oficial de gobierno postulado por el APRA, conocido, luego, como el “Plan de Acción Inmediata” o “Programa Mínimo”.

El 9 de octubre de 1931, el candidato presidencial del Partido Aprista c. Haya de la Torre recibió del Comité Ejecutivo Nacional este programa... siendo la primera vez en el Perú que un candidato aceptara el programa que su Partido le imponía [258].

En la parte general del capítulo “Estructura Económico-Político-Social del Estado” de dicho programa se incluían dieciséis lineamientos de acción; el séptimo y el octavo eran los siguientes:

- “Fijaremos como finalidades del Estado garantizar la vida, la salud, bienestar moral y material, la educación, la libertad y la emancipación de las clases trabajadoras, procurando abolir, según lo permitan las circunstancias y de una manera gradual y paulatina, la explotación del hombre por el hombre”.
- “Organizaremos el Seguro Social para amparar a todo ciudadano que vive de su esfuerzo personal, contra las vicisitudes que le impiden cumplir sus fines individuales y de familia; y haremos gratuito el seguro para quienes sólo perciben el sueldo mínimo”.

En el subcapítulo de “Higiene y Asistencia Social” se presentan, de manera detallada, las acciones vinculadas con la Salud Pública que a continuación se transcriben:

- “Crearemos un Instituto endemo-epidemiológico, con dependencias regionales, para la lucha contra las epidemias y endemias que azotan nuestro pueblo y para el estudio de dichas enfermedades y su investigación”.
- “Intensificaremos y reorganizaremos la lucha contra el paludismo, la tuberculosis, la sífilis, enfermedades venéreas, lepra, cáncer, verruga, etc., mediante organismos adecuados por personal eficiente”.
- “Crearemos hospitales regionales, casas de salud, dispensarios y sanatorios”.
- “Organizaremos la lucha contra el alcoholismo, las toxicomanías y crearemos centros regionales de profilaxia mental”.
- “Ampliaremos y crearemos las dependencias del Ministerio de Higiene para aplicar debidamente los modernos postulados de la Higiene Escolar”.
- “Protegeremos al niño en todas sus edades”.
- “Sanaremos todas las poblaciones del país”.
- “Contribuiremos a la formación de la conciencia sanitaria en el país”.

- “Incorporaremos a las Sociedades de Beneficencia Pública al Estado..., dentro del Ministerio de Higiene y Asistencia Social”.
- Ampliaremos el cuerpo médico del Estado para que llegue a las más apartadas localidades los beneficios de la ciencia”.
- “Crearemos la carrera sanitaria”.
- “Fomentaremos el deporte”.
- “Reorganizaremos las instituciones deportivas sobre bases democráticas...”.
- “Intensificaremos la asistencia dental por el Estado”.
- “Estableceremos la codificación farmacéutica y elaboraremos la farmacopea peruana con intervención del gremio de farmacéuticos”.
- “Controlaremos directamente por el Estado la venta de narcóticos”.

Con relación a los responsables de la redacción e inclusión de esos lineamientos y propuestas de acción en el programa mínimo, el Dr. Flavio García Yaque, al hacer una semblanza sobre el Dr. Eduardo Goicochea de la Reguera (1900-1966), ofrece el siguiente testimonio:

Goicochea se une al movimiento social democrático que promueve el entrañable amigo de la infancia Víctor Raúl Haya de la Torre y con un núcleo de jóvenes médicos hábiles, cultos, honestos constituye el Sindicato de Médicos apristas que él enfatizaba había sido creado no para la lucha de clases sino para el estudio de los problemas de la Salud Pública, la sanidad ambiental, los servicios generales de salud, la asistencia médica que en todas sus formas el Estado debe ofrecer a los ciudadanos. El grupo pasó a ser el Consejo Médico Consultivo en la planificación y programación política del Apra y a él se debe la incorporación de la Seguridad Social en el Perú que propugnó en el Programa de 1931... [259].

El mencionado Dr. Goicochea, nacido en Trujillo, obtiene su título profesional de médico en la Facultad de Medicina de Lon-

dres (1926), revalida su título en Madrid y realiza estudios de perfeccionamiento en pediatría en la Facultad de Medicina de la Sorborna en París, al lado del profesor A. B. Marfán. Regresa a Lima en 1928, iniciando sus actividades profesionales en la Gota de Leche de Santa Teresa y, luego, como secretario de hospitales de la Sociedad de Beneficencia de Lima, al lado del Dr. Julián Arce. En septiembre de 1930 fue nombrado director del Hospital del Niño, cargo en el que permaneció 12 meses [259].

Propuesta socialista

José Carlos Mariátegui (1894-1930) consideraba que si bien la feudalidad persistía en el Perú, el capitalismo había iniciado un lento desarrollo, especialmente en la agricultura de la Costa norte, desde mediados del siglo XIX, bajo el impulso de los capitales acumulados en el comercio guanero. El imperialismo traía consigo una prolongación del desarrollo capitalista, éste era una consecuencia del desarrollo de la economía mundial y un producto específico de la “época de los monopolios”, que mientras acarrea crecimiento y desarrollo para los países centrales ocasionaba atraso y dependencia en los países periféricos. “Los países latinoamericanos llegan con retardo a la competencia capitalista. Los primeros puestos están ya definitivamente asignados. El destino de estos países dentro del orden capitalista es de simple colonia”. La liberación latinoamericana del imperialismo era parte, etapa o fase de la “revolución mundial”. El Estado antiimperialista no podía ser una sólida defensa frente a la penetración extranjera. “A Norte América capitalista, plutocrática, imperialista, sólo es posible oponer eficazmente una América, latina o íbera, socialista” [260].

En el pensamiento de Mariátegui, el socialismo en el Perú debía, en primer lugar, terminar con algunas tareas propias de la revolución burguesa que persistían incumplidas. Además, la idea de “nación” no había agotado sus posibilidades en el Perú. Pero el nacionalismo, para ser consecuente y poder llegar hasta el final, debía estar hegemonizado por aquella clase que implicara una

verdadera negación del imperialismo. En este sentido sólo el proletariado, a pesar de su debilidad numérica, estaba en condiciones de poder realizar la tarea. Por otro lado, de acuerdo al razonamiento de Mariátegui, el “Oncenio” planteaba con perentoria actualidad la cuestión socialista. La objeción fundamental de Mariátegui hacia el aprismo era negar que las clases medias, que la pequeña burguesía, pudiera ser la clase dirigente del partido y de la revolución en el Perú. El instrumento de la revolución socialista era el “partido de clase”. De acuerdo con las condiciones concretas del Perú, debía ser un partido socialista basada en las masas obreras y campesinas [256].

En 1927, con ocasión de la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana, J. C. Mariátegui escribía sobre la Salubridad:

El problema sanitario, por sus relaciones con los más fundamentales problemas de toda nación, ha dejado de constituir un tópico reservado exclusivamente a los higienistas. No hay hombre de Estado ni programa político, en nuestra época, que no reconozca al factor demográfico toda la importancia que evidentemente tiene... Políticamente el socialismo ha influido de manera decisiva en la nueva valoración del capital humano... Y el primer valor de la ciencia ha comenzado a ser su valor social... Las más originales y revolucionarias instituciones de la asistencia social, corresponden hoy a Rusia, por razones substancialmente políticas (...) En el Perú... Venciendo las resistencias defensivas del conservatismo y la rutina, de nuestras “clases ilustradas”, los higienistas avanzan visiblemente en la faena de formar “conciencia sanitaria”... Pero, lógicamente, la propaganda y el estudio de los higienistas se sitúa en un plano específico técnico. Y... el problema de la sanidad necesita ser examinado en sus relaciones con el medio económico-social. De otro modo, es imposible llegar a su esclarecimiento integral. En esta labor, que escapa a la órbita particular de los técnicos de la Higiene Pública, nos toca participar a todos los que nos ocupamos, con objetivos de interpretación profunda e íntima, de los problemas nacionales (...) Y es que la sanidad tiene que triunfar no sólo de la natural tendencia de las empresas a obtener los mayores rendimientos con el menor gasto, sino tam-

bién del espíritu del señor feudal reacio a considerar al bracero humilde como a un hombre con derecho a un racional e higiénico tenor de vida... Sabemos bien que la miseria y la ignorancia del indio, dependen ante todo de su servidumbre [261].

En mayo de 1929, con un pequeño grupo de asociados, Mariátegui fundó el Partido Socialista. Unos meses antes, en octubre de 1928, el mismo Mariátegui había redactado el programa del Partido Socialista, el cual fue aprobado por el primer Comité Central del Partido. Dos de aquellos asociados, Julio Portocarrero, primer secretario general de la “Confederación General de Trabajadores del Perú” (CGTP), y Hugo Pesce, representaron al nuevo partido en la “Primera Conferencia Comunista de América Latina”, que tuvo lugar en Montevideo en mayo de 1929. Expusieron las tesis desarrolladas por Mariátegui acerca de la situación peruana. Estas tesis reflejaban el marxismo heterodoxo de su autor; pero fueron rechazadas en aquella conferencia, además el ingreso del Partido Socialista fue negado en la Tercera Internacional. Para ganar la aceptación de los marxistas ortodoxos tendrían que rectificar su marxismo sui generis y cambiar el nombre del Partido de Socialista a Comunista [262]. La asistencia de Portocarrero al congreso definió la adhesión de la CGTP a la Confederación Sindical Latinoamericana [64].

El Dr. Hugo Pesce Pescetto (1900-1969), nacido en Tarma, viajó con sus padres a Italia en 1905; se graduó como médico en la Facultad de Medicina de Génova (1923) y sería el fundador de la Escuela Leprológica Peruana. Durante su estadía en Italia se adhirió al Partido Popular y asistió muy de cerca a los acontecimientos que instauraron el fascismo en ese país. Regresó al Perú en 1923, iniciando su amistad con José Carlos Mariátegui con quien fundó el Partido Socialista Peruano.

Evitó los aspectos mercantiles del trato con la “clientela”, pensando que el médico debe ser “un funcionario técnico de la colectividad, sin más preocupaciones que su deber cotidiano”, se orientó hacia trabajos de investigación y labores académicas [263].

Asimismo, integró el grupo de médicos que atendió a Mariátegui durante su última crisis (abril 1931). Luego prestó sus servicios profesionales en la colonia de Satipo (1932) [264].

El 20 de mayo de 1930, menos de un mes después de la muerte de Mariátegui, el Partido Socialista fue reorganizado y apareció transformado en el Partido Comunista, sección peruana de la Internacional; tuvo como secretario general a Eudocio Ravines, quien había ingresado tempranamente a las filas de la Internacional en Europa. Con estos cambios el marxismo perdió fuerza en el Perú como movimiento ideológico; no produciría ninguna obra importante de doctrina social y se redujo las más de las veces a simple propaganda. Otro tanto ocurrió en el campo de la investigación filosófica donde el marxismo perdió el carácter de doctrina abierta y viva, de “creación heroica”, que tenía en Mariátegui; luego se fue haciendo cada vez más una dogmática naturalista y científica reducida a transcribir y glosar el pensamiento de Lenin y Stalin. En lo que se refiere a la línea estratégica, Ravines y sus seguidores introdujeron un cambio substancial, siguiendo las consignas de la Internacional querían repetir en el Perú la experiencia rusa por lo que en todo momento enarbolaron la consigna de los soviets de soldados, obreros y campesinos: “Los comunistas, para decirlo brevemente asumieron una táctica ultraizquierdista”. Ravines era un profesional de la revolución, un militante dispuesto a organizar al comunismo peruano en el más completo acuerdo con la Internacional [234, 262].

No obstante esos cambios el ahora denominado Partido Comunista mantuvo el programa redactado por Mariátegui en 1928. En este documento [265] se habían definido las reivindicaciones inmediatas de los trabajadores; entre ellas tenemos:

- Establecimiento de los seguros sociales y de la asistencia social del Estado.
- Cumplimiento de las leyes de accidentes de trabajo, de protección del trabajo de las mujeres y menores, de las jornadas de ocho horas en las faenas de agricultura.

- Asimilación del paludismo en los valles de la Costa a la condición de enfermedad profesional, con las consiguientes responsabilidades del hacendado.
- Establecimiento de la jornada de siete horas en las minas y en los trabajos insalubres, peligrosos y nocivos para la salud de los trabajadores.
- Abolición efectiva de todo trabajo forzado o gratuito y abolición o punición del régimen semiesclavista en la montaña.
- Reglamentación por una comisión paritaria de los derechos de jubilación en forma que no implique el menor menoscabo de los establecidos por la ley.

En noviembre de 1930 la CGTP celebró en Lima un plenario en el cual se aprobaron sus estatutos; en su art. 8º se define a la CGTP como: “la Central Sindical de los organismos sindicales del proletariado del país, que reconozcan y practiquen la lucha de clases”. La identidad ideológica de la Confederación con el “Partido Comunista Peruano” quedó plasmada en este evento; Eudocio Ravines, Secretario General del Partido Comunista, pronunció el discurso de clausura. En la convocatoria de este plenario se incluyó como uno de los temas: “la aprobación de un proyecto de seguro social presentado por la CGTP”. En vistas de ello, la CGTP difundió “las bases generales para la constitución del seguro obrero”. En el plenario se aprobó dicho proyecto, cuyos aspectos más saltantes, con relación a su creación y a los beneficios para el trabajador, fueron:

- “Creación del Seguro Social por cuenta de los capitalistas y del Estado, sin gravamen alguno ni directo ni indirecto para el trabajador y sin crear nuevos impuestos indirectos”.
- “Todos los obreros que actualmente se encuentran sin trabajo, o los que por razones de enfermedad, vejez invalidez, estén imposibilitados de trabajar, tendrán derecho al seguro social sin distinción de sexo, raza, de edad, de religión o de nacionalidad”.

- “Todo trabajador tendrá derecho a ser favorecido por el seguro social durante todo el tiempo que se vea obligado a permanecer desocupado” [266].

En el proyecto se proponía que los aportantes del seguro social serían sólo Estado y la empresa; el trabajador resultaba siendo únicamente beneficiario, comprendiéndose como tal tanto aquel que tuviera empleo como al que se encontraba desocupado. El seguro cubría los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez y desocupación del trabajador. El proyecto planteaba, además, que para llevar a cabo la ley del Seguro Social el gobierno entregase a la Comisión del Seguro un fondo de cinco millones de soles. Dinero que debía recaudarse inmediatamente con la confiscación de los bienes de la Iglesia y con la contribución directa del Estado y de las empresas capitalistas [64]. La vía propuesta por la CGTP para obtener estas reivindicaciones era, en la línea del Partido Comunista, la “conquista por la lucha activa de las masas obreras y campesinas” [266].

Referencias utilizadas en el capítulo III

1. PIRENNE, Jacques. *Historia Universal. Las grandes corrientes de la Historia*. Ocho tomos. Editorial Exitó S.A., Barcelona, 1961.
2. FLORES GALINDO, Alberto. “El Imperialismo en el Perú”, en *Obras completas II*. SUR Casa de Estudios del Socialismo, Lima, 1994, pp. 107-125.
3. RIBBERT, H. “Desarrollo histórico de las doctrinas sobre la naturaleza de las enfermedades”, en *Tratado de Patología General y Anatomía Patológica* de C. Sternberg, Editorial Laboral, S.A., 1933, pp. 3-8.
4. PÉREZ TAMAYO, Ruy. “La Teoría Infecciosa de la Enfermedad”, en *El Concepto de Enfermedad. Su evolución a través de la historia*. Tomo II. Fondo de Cultura Económica, México, 1988, pp. 143-212.
5. ROSEN, George. “The Bacteriological Era and its Aftermath” in *A History of Public Health*. M D Publication, Inc. New York, 1958, pp. 294-495.
6. AYRES, J. R. de C. M. “Elementos históricos e filosóficos para a crítica da epidemiologia”, en *Rev. Salud Pública*. 27 (2), 1933, pp. 135-144.

7. AYRES, J. R. de C. M. "8. A construção da ciência epidemiológica (I): o problema de conhecimento verdadeiro", en *Epidemiologia e Emancipação*. Edit. Hucitec Abrasco, Sao Paulo-Rio de Janeiro, 1995, pp. 161-176.
8. SEVALHO, Gil. "Uma Abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e Doença". *Cad. Saúde Públ.* Rio de Janeiro, 9 (3), jul/sep, 1993, pp. 349-363.
9. CUETO, Marcos. "Tropical Medicine and Bacteriology in Boston and Peru: Studies of Carrión's Disease in the early Twentieth Century" en *Medical History*, 40, 1996, pp. 344-364.
10. GREENWOOD, Major. "The Preventive Aspects of Medicine. XII; Epidemiology and its Lessons", en *Lancet*, Jan, 1934, pp. 201-205.
11. MARSET, Pedro; SAEZ, José. "La Evolución Histórica de la Salud Pública", en *Salud Pública*, de F. Martínez Navarro y col. Mc Graw-Hill. Interamericana de España, S.A.U, octubre 1998, México, pp. 11-18
12. GROTHAN, Alfred. *Soziale Pathologie*. Berlín, August Hirschwald Verlag, 1915, pp. 9-18.
13. WINSLOW, Charles-Edwards. "The Untilled Field of Public Health", en *Mod. Med.* 2 (183), marzo 1920.
14. FROST, Wade Hampton. "Epidemiology", en *Papers of Wade Hampton Frost: a Contribution to Epidemiological Method*. New York Commonwealth Fund., 1941, pp. 494-497.
15. HANLON, John. "Antecedentes y desarrollo de la salud pública en los Estados Unidos", en *Principios de Administración Sanitaria*. La Prensa Médica Mexicana. México, 1963, pp. 40-55.
16. MILBANK MEMORIAL FUND. "Public Health Activities and Organizations", en *Higher Education for Public Health*. A Report of the Milbank Memorial Fund Commission, 1976, pp. 22-32.
17. ROSEN, George. *A History of Public Health*. MD Publications, Inc., New York, 1958, pp. 494.
18. MILBANK MEMORIAL FUND. *Higher Education for Public Health*. A Report of The Milbank Memorial Fund Commission. 1972, pp. 52-54.
19. VALLEJO, Nilo y col. *Historia de la Organización Panamericana de la Salud en el Perú*. OPS. Consultores Internacionales en Salud, Lima, 1994.
20. ROMERO, Arturo. *El Desarrollo Histórico de la Epidemiología en América Latina*. 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Campinas, Brasil, septiembre 1990.

21. CUEVA, A. *El Desarrollo del Capitalismo en América Latina*. Siglo XXI, México, D. F., 1979.
22. MARQUEZ, Patricio y Daniel JOLY. "A Historical Overview of the Ministries of Public Health and the Medical Programs of the Social Security Systems in Latin America", en *Journal of Public Health Policy*. Autumn, 1986, pp. 378-394.
23. OSP. "En los Comienzos: 1902-1920", en *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, 113 (5-6), 1992, pp. 381-385.
24. JIMÉNEZ V., Mercedes A. "La Fundación Rockefeller y la investigación agrícola en América Latina", en *Comercio Exterior* 40 (10). México, octubre 1990, pp. 968-975.
25. CUETO, Marco. "Una Reforma Fallida: la Fundación Rockefeller, la Malaria y la Salud Pública en el Perú, 1940-1949", en *Revista Peruana de Ciencias Sociales*, 2 (2). mayo-agosto 1990, pp. 9-29.
26. OSP. "La Oficina en Expansión: 1920-1946", en *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana* 113 (5-6), 1992, pp. 386-395.
27. GARCÍA, Julio César. "La Medicina Estatal en América", en *Revista Latinoamericana de Salud*. Editorial Nueva Imagen, México, 1981, pp. 73-103.
28. BUSTÍOS, Carlos. *Historia y Desarrollo de la Escuela Nacional de Salud Pública (Primera Parte)*. Lima, Perú, febrero 1996, p. 5.
29. ULLOA, Casimiro. "Beneficencia o Asistencia Pública", en *El Monitor Médico*. Año V, (110). Lima, diciembre 15 de 1889, pp. 209-213.
30. OIT. *La seguridad social. Manual de educación obrera*. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra, 1970, pp. 11-20.
31. ROEMER, Milton. "Ensayo: Perspectiva Mundial de los Sistemas de Seguridad Social", en *Salud Pública de México*. 31 (5), 1989, pp. 698-704.
32. Mc. EVOY, Carmen. "La Marcha por el Desierto", en *La Utopía Republicana*. Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú, 1997, pp. 249-312.
33. BASADRE, Jorge. "El Perú Republicano", en *Perú en Cifras 1944-1945*. Darío Sainte Marie, director-editor, pp. 636-655.
34. COTLER, Julio. "3. La formación capitalista dependiente: la 'República Aristocrática' y el enclave capitalista", en *Clases, Estado y Nación en el Perú*. Cuarta Edición. Perú Problema 17. Instituto de Estudios Peruanos. Lima, 1987, 119-184.
35. FLORES GALINDO, Alberto. "El Estado Oligárquico", en *Obras completas II*. SUR Casa de Estudios del Socialismo, Lima, 1994, pp. 129-157.

36. BASADRE, Jorge. "La República Aristocrática", en la *Historia de la República del Perú 1822-1933*. Octava edición corregida y aumentada, 2000, pp. 2247-2856.
37. MC. EVOY, Carmen. "La Coalición Nacional (1825-1904)", en *La Utopía Republicana*. Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú, 1997, pp. 313-372.
38. MC. EVOY, Carmen. "Una Familia Dividida", en *La Utopía Republicana*. Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú, 1997, pp. 373- 434.
39. CONTRERAS, Carlos; CUETO, Marcos. "El Perú de la república aristocrática", en *Historia del Perú Contemporáneo*. 2.a ed., Lima, IEP. Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, 2000. pp. 185-214.
40. CARAVEDO MOLINARI, Baltazar. *Clases, lucha política y gobierno en el Perú (1919-1933)*. Lima, Retama Editores, 1977, pp. 59-62.
41. FLORES GALINDO, Alberto. "Entre dos crisis: La Patria Nueva", en *Obras completas II*. SUR Casa de Estudios del Socialismo. Lima, 1994, pp. 200-227.
42. COTLER, Julio. "Perú: Estado Oligárquico y Reformismo Militar", en *América Latina: Historia de Medio Siglo*. Siglo XXI Editores, México, 1979, pp. 273-334.
43. BASADRE, Jorge. *Leguía y el Leguismo*. Primer Panorama de Ensayistas Peruanos, IV Festival del Libro. Editorial Latinoamericana, Lima, 1978.
44. BALBI, Carmen Rosa y Laura MADALENGOITIA. "La coyuntura 30-33: rasgos centrales", en *Parlamento y Lucha Política. Perú 1932*. DESCO, Lima, 1978, pp. 34-45.
45. BASADRE, Jorge. "El comienzo de la irrupción de las masas organizadas en la política", en *Historia de la República del Perú 1822-1933*. Octava edición corregida y aumentada, 2000, 3093-3366.
46. BALBI, Carmen Rosa. *El APRA y el Partido Político en 1931*. Tesis, Departamento de Ciencias Sociales. Pontificia Universidad Católica, 1978.
47. SÁNCHEZ CERRO, Luis. "Discurso Inaugural de Gobierno", en *El Comercio* de 9 de diciembre de 1931.
48. COTLER, Julio. "Crisis del régimen de dominación oligárquica", en *Clases, Estado y Nación en el Perú*. Cuarta edición, Perú Problema 17, IEP, Lima, 1987, pp. 335- 385.
49. SULMONT, Denis. *El Movimiento Obrero Peruano (1890-1980)*. *Reseña Histórica*. TAREA. Centro de Publicaciones Educativas. Lima, 1987.

50. MARIÁTEGUI, José Carlos. *Siete Ensayos de Interpretación de la Realidad Peruana*. Colección Obras Completas. Editorial AMAUTA.
51. CONTRERAS, Carlos; CUETO, Marcos. "Guerra y reforma: 1879-1899", en *Historia del Perú Contemporáneo*. 2.a ed., Lima: IEP. Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, 2000, pp. 149-179.
52. BOLLINGER, W. *The rise of the United States influence in Peruvian economy, 1869-1921*. University of California, Los Angeles, 1971.
53. ANDERLE, Adaín. *Los Movimientos Políticos en el Perú*. Edición Casas de las Américas, La Habana.
54. GONZALES, Michael. *The formation of a rural proletariat*, 1970, pp. 93-94.
55. FLORES GALINDO, Alberto. "La crisis del 30", en *Obras completas II*. SUR Casa de Estudios del Socialismo. Lima, 1994, pp. 289-300.
56. SULMONT, Denis. *El Movimiento Obrero en el Perú, 1900-1956*. Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica, Lima, 1975.
57. RODRÍGUEZ PASTOR, Carlos. "Derecho Peruano del Trabajo", en *Perú en Cifras 1944-1945*. Darío Sainte Marie, director-editor, pp. 364-376.
58. GIESECKE, Margarita. "Perfil del Perú durante la crisis de 1929". Mecanografiado. Lima, 1978.
59. BALBI, Carmen Rosa y Laura MADALENGOITA. "Las Tendencias Presentes en la Sociedad Peruana", en *Parlamento y Lucha Política. Perú: 1932*. DESCO, Lima, 1978, pp. 23-33.
60. BASADRE, Jorge. "El Oncenio", en la *Historia de la República del Perú 1822- 1933*. Octava edición corregida y aumentada, 2000, pp. 2857-3092.
61. LAVORERIA, Eduardo. *Prontuario de Legislación Sanitaria del Perú. 1921-1928* (tomo II). Edición Laverería. Lima, Perú.
62. KAPSOLI, Wilfredo. *Los Movimientos Campesinos en el Perú 1879-1965*. Delva Editorial, Lima, 1977.
63. DEGREGORI, Carlos y Mariano VALDERRAMA. *Indigenismo, Clases Sociales y Problema Nacional*. CELATS, Lima, 1978.
64. PAREJA PFLUCKER, Piedad. *El Movimiento Obrero Peruano de los Años Treinta*. Fundación Friedrich Ebert, Lima, mayo 1985, pp. 15-28.
65. LAVORERIA, Eduardo. *Prontuario de Legislación Sanitaria del Perú. 1870-1920* (tomo I). Edición Laverería, Lima, Perú, 1928.
66. THORP, Rosemary y Geoffrey BERTRAM. *Perú 1890-1977. Crecimiento y Políticas en una Economía Abierta*. Mosca Azul Edit., Fundación Friedrich Ebert, Universidad del Pacífico, Lima, 1985, p. 48.
67. VILLANUEVA, Víctor. *Así Cayó Leguía*. Retama Editorial, Lima, 1977.

68. PATRON FAURA, Pedro y Pedro PATRON BEDOYA. *Nuevo Derecho Administrativo en el Perú*. Cuarta edición, EHD. EIR Ltda., Lima, Perú, 1990.
69. BRACAMONTE, Carlos. "El Banco Central de Reserva su Historia", en *Moneda*, Año III, 10, diciembre 1996. Lima, pp. 34-36.
70. GARCÍA JORDÁN, Pilar. "8.1.2. Los libros parroquiales y su equiparación a los registros civiles", en *Iglesia y Poder en el Perú contemporáneo 1821-1919*. Centro de Estudios "Bartolomé de Las Casas", Cusco, pp. 286-288.
71. CONGRESO CIENTÍFICO LATINOAMERICANO. *Informes de la Segunda Reunión del Congreso Científico Latinoamericana*. Imprenta el Siglo Ilustrado, Montevideo, 1903.
72. COMISIÓN DE HIGIENE DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS. "Exposición de motivos y proyecto de ley de salubridad pública", en *La Crónica Médica*. 42 (739), enero 1925, pp. 25-30.
73. COMISIÓN DE HIGIENE DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS. "Exposición de motivos y proyecto de ley de salubridad pública", en *La Crónica Médica*. 42, (740), febrero 1925, pp. 51-61.
74. EGO AGUIRRE, Ernesto. "La Medicina, la Sanidad y la Asistencia en 1932", en *La Reforma Médica*. XIX (154), enero 1933, pp. 9-15.
75. OLAECHEA, Abel S. "La situación sanitaria de Lima en conformidad con los datos de su demografía", en *La Crónica Médica*. 50 (838), abril 1933, pp. 108-113.
76. KRUMDIECK, Carlos, "La Ceremonia de Incorporación a la Academia Nacional de Medicina", en *La Reforma Médica*. XXIII (250), enero 1937, pp. 5-17.
77. PAZ SOLDÁN, Carlos Enrique. "La Pandemia malárica de las zonas cálidas del Cuzco", en *La Reforma Médica*. XIX (174), noviembre 1933.
78. GARCÍA JORDÁN, Pilar. "¡Ojalá hubieran llegado los sajones al Perú!", en *Iglesia y Poder en el Perú Contemporáneo 1821-1919*. Centro de Estudios Regionales Andinos "Bartolomé de Las Casas, Cusco, pp. 251-258.
79. PARDO, José. "Mensaje de Fiestas Patrias", en *El Peruano*, 31 de julio de 1907.
80. ACADEMIA LIBRE DE MEDICINA. "Sección Editorial. Los progresos de la Higiene en el Perú", en *El Monitor Médico*. I (2). Lima, Junio 15 de 1885, p. 21.
81. BUSTÍOS, Carlos y col. "Normatividad General sobre Cuidado de la Salud", en *Perú: La Salud Pública durante la República Oligárquica*.

- Oficina General de Investigación UNMSM, CONHU y CEPRODESA. Lima, Perú, 1996, pp. 84-86.
82. BASADRE, Jorge. "Creación del Ministerio de Fomento", en *Historia de la República del Perú 1822-1933*. Octava edición corregida y aumentada, 2000, p. 2312.
 83. UGARTE DEL PINO, Juan Vicente. *Historia de las Constituciones del Perú*. Editorial Andina S.A., Lima, 1978.
 84. TAMAYO, José. *Nuevo Compendio de Historia del Perú*. CEPAR. Cuarta edición: enero de 1995.
 85. BAMBARÉN, Carlos. "El Proyecto de Código de Sanidad de 1920. Necesidad de un Código Sanitario en el Perú", en *Temas de medicina pública peruana* Lima, Perú, 1931, pp. 14-18.
 86. ODRIÓZOLA, Ernesto. "La Medicina Preventiva en sus relaciones con la Salud Pública", en *La Crónica Médica*. XIII (176). Lima, abril 31 de 1896, pp. 113-117.
 87. ODRIÓZOLA, Ernesto. "La Medicina Preventiva en sus relaciones con la Salud Pública", en *La Crónica Médica*. XIII (177). Lima, mayo 15 de 1896, pp. 129-133.
 88. ALARCO, Aurelio. "Sección Oficial: Memoria del Inspector de Higiene del II Concejo Provincial de Lima", en *La Crónica Médica*. IV (45). Lima, septiembre 30 de 1887, pp. 329-332.
 89. ULLOA, Casimiro. "La reglamentación del servicio sanitario provincial", en *El Monitor Médico*. IV (88). Lima, enero 15 de 1889, pp. 241-244.
 90. GRAÑA, Francisco. "Algo sobre historia", en *La Cuestión Higiénica*. Tesis para optar el Grado de Bachiller de Medicina. Lima, Imp. Torres Aguirre, Unión 150, 1903, pp. 15-26.
 91. TAURO DEL PINO, Alberto. "Elguera Federico", en *Enciclopedia Ilustrada del Perú*. Tercera edición, PEISA, 2001, p. 896.
 92. COMISIÓN DE REDACCIÓN. "Médicos Titulares de Provincia", en *La Crónica Médica*. XIX (317), marzo 1902, pp. 65-67.
 93. CONCEJO PROVINCIAL DE LIMA. "Reglamento de los Médicos Sanitarios Municipales", en *La Crónica Médica*. XX (352), agosto 1903, pp. 239-242.
 94. JARAMILLO, Carlos. "Asistencia Social Legislación Sanitaria", en *Anuario Médico del Perú*. Primera edición, Lima-Perú, 1928, pp. 201-213.
 95. BAMBARÉN, Carlos. "V. La creación de la Dirección de Salubridad Pública en 1903", en *Temas de medicina pública peruana*. Lima, Perú, 1931, pp. 19-24.

96. VALDIZÁN, Hermilio. *Diccionario de Medicina Peruana*. Tomo I, Lima, Talleres del Asilo "Víctor Larco Herrera", Lima, 1938, pp. 281-282.
97. ARIAS SCHREIBER PEZET, Jorge. *La Escuela Médica Peruana 1811-1972*. Editorial Universitaria, Lima, 1972.
98. AVENDAÑO, Jorge. *Perfiles de la Medicina Peruana*. Dirección Universitaria de Biblioteca y Publicaciones de la UNMSM, Lima, Perú, 1983.
99. OLAECHEA, Abel S. "Situación de la Sanidad y Asistencia en el Perú", en *La Crónica Médica*. 50, 837, mayo 1933, pp. 88-90.
100. TAURO DEL PINO, Alberto. "Curlletti, Luis Ángel", en *Enciclopedia Ilustrada del Perú*. Tercera edición, 2001, PEISA. pp. 221; 797-798.
101. ESTRELLA RUIZ, Jorge. "La Sanidad Peruana en 50 Años: Apuntes para su Historia", en *Salud y Bienestar Social*. II (6). Nov-Dic. de 1953, pp. 52-90.
102. PERÚ MODERNO. "Olaechea, Abel S.", en *La Obra de los Médicos en el Progreso del Perú*. Editorial Perú Moderno, Lima, 1934, pp. 174-176.
103. COMISIÓN DE REDACCIÓN. "La Asistencia Médica en la República", en *La Crónica Médica*. XXXIII (636). Junio 1916, pp. 261-263.
104. COMISIÓN DE REDACCIÓN. "El nuevo Director de Salubridad Pública", en *La Crónica Médica*. 39 (706). Abril 1922, pp. 157-159.
105. LORENTE, Sebastián. "La obra médico social del gobierno del Sr. Leguía", en *Boletín de la Dirección de Salubridad Pública*, 1927, p. 137.
106. LORENTE, Sebastián. *Nuevos problemas médicos sociales*. Lima, Imprenta Americana, 1922.
107. CUETO, Marcos. "Capítulo IV. Tradición Médica, Bacteriología e Intervención Extranjera en el Perú: 1884-1930", en *Excelencia Científica en la Periferia*. GRADE, CONCYTEC. Primera edición, Lima, 1989, pp. 119-152.
108. BUSTÍOS, Carlos, y col. "Oficinas Departamentales de Salubridad", en *Perú: La Salud Pública durante la República Oligárquica*. Oficina General de Investigación UNMSM. Lima, Perú, 1997, pp. 80-82.
109. GARCÍA ROSELL, Ovidio. "Discurso de Orden en homenaje de las Bodas de Plata de la Asociación Médica Daniel A. Carrión", en *Revista Médica Peruana* XXV (322). Octubre 1955, pp. 394-408.
110. CUERPO DE REDACCIÓN. "Actuaciones Conmemorativas de las Bodas de Plata", en *Revista Médica Peruana* XXV (322). Octubre 1955, pp. 409-411.
111. ESTRELLA RUIZ, Jorge. *Prontuario de Legislación Sanitaria del Perú. 1928-1935*. Tomo III, Librería e Imprenta D. Miranda, Lima, 1939.

112. UGARTE, Luis Ángel. "Organización Sanitaria en el Perú", en editorial de la *Revista Médica Peruana* Cusco, 1935.
113. VILLALOBOS, Enrique. "Testimonios de Personajes de la Salud Pública Peruana". Entrevista por el Dr. Manuel Campos Sánchez el 23 de agosto de 1984. Escuela de Salud Pública del Perú, 1985.
114. VALDIZÁN, Herminio. *Diccionario de Medicina Peruana*. Tomo II, Lima, Talleres del Asilo "Víctor Larco Herrera", Lima, 1938.
115. LASTRES, Juan. "La viruela y la vacuna al final del siglo XIX", en *Revista Salud y Bienestar*. Órgano del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. III (9), mayo-diciembre de 1954, pp. 134-148.
116. OLAECHEA, Abel S. "Situación de la Sanidad y Asistencia en el Perú", en *La Crónica Médica*. 50 (836). Febrero 1933, pp. 49-64.
117. QUIROGA, José M. "Instituto Nacional de Vacuna", en *La Crónica Médica*. XVII (269). Marzo 1900, pp. 65-70.
118. SENN, Nicolás (M. D. de Chicago). "Notas de Viaje en Sudamérica". Traducido del *Journal of the American Association*, en *La Crónica Médica*. 25 (474), 30 septiembre 1908, pp. 283-287.
119. PERÚ MODERNO. "Gastabiurú, Julio Cesar", en *La Obra de los Médicos en el Progreso del Perú*. Editorial Perú Moderno, Lima-Perú, 1934, pp. 129-131.
120. PERÚ MODERNO. "Ribeyro Ramón", en *La Obra de los Médicos en el Progreso del Perú*. Editorial Perú Moderno, Lima-Perú, 1934, pp. 198-200.
121. BASADRE, Jorge. "El Congreso Sanitario Panamericano", en *Historia de la República del Perú 1822-1933*. Octava edición corregida y aumentada, 2000, p. 2156.
122. SOCIEDAD MÉDICA UNIÓN FERNANDINA. "Sección Oficial: Junta Suprema de Sanidad", en *La Crónica Médica*. IX (108). Lima, Diciembre 31 de 1892, pp. 278-279.
123. JARAMILLO, Carlos. "Leyes y Reglamentos Sanitarios vigentes en el Perú", en *Anuario Médico del Perú*. Primera edición, Lima-Perú, 1928, pp. 214-342.
124. AVENDAÑO, Leonidas. "La vacuna en Lima", en *La Crónica Médica*. Lima, abril 30 de 1885.
125. QUIROZ SALINAS, Carlos. "La Viruela en el Perú y su Erradicación: Recuento Histórico", en *Revista Peruana de Epidemiología*. 9 (1), enero 1996, p. 50.
126. CHIN, James (editor). "Peste", en *El control de las enfermedades transmisibles*. Decimoséptima edición, Organización Panamericana de la Salud, 2001, p. 506.

127. BURNET, Macfarlane Sir. "La peste", en *Historia de las enfermedades infecciosas*. El Libro de Bolsillo. Alianza Editorial, S. A. Madrid, 1967, pp. 325.
128. ARTOLA, M. R.; ARCE, J.; y LAVORERIA, D. E. *La Peste Bubónica*. 1903, pp. 42-66.
129. OPS. "Plague in the Americas (Continued). VII. Peru", en *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana* 20 (7), julio 1941, pp. 697-716.
130. CUETO, Marcos. "La ciudad y las ratas: la peste bubónica en Lima y en la Costa peruana, 1903-1930", en *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Instituto de Estudios Peruanos. Lima, 1997, pp. 25-58.
131. AGNOLI, Juan. *La peste en Lima*. Citada por M. Cueto en la referencia N.º 130, pp. 3, 54-55, 73.
132. CARVALLO, Constantino. "Higienización de las Casas de Vecindad de Lima", en *La Crónica Médica*. XXXVI, 672, junio 1919, pp. 225-228.
133. ESKEY, R. "Epidemiological Study of Plague in Peru, with observations on the Anti-plague Campaign and Laboratory Work", Septiembre, 1931. MS, files U.S. Public Health Services.
134. MOSTAJO, Benjamín. "El Control de la Peste en el Perú", en *Salud y Bienestar Social*. I (1), enero-febrero 1953. Lima, Perú, pp. 75-80.
135. OPS. "La Batalla contra Aedes aegypti", en *Bol. of Sanit. Panam.* 112 (3), marzo 1992, pp. 463-465.
136. SOCIEDAD MEDICA UNIÓN FERNANDINA. "Boletín: Lazareto Central", en *La Crónica Médica*. V (42). Lima, junio 30 de 1887, pp. 209-216.
137. LEONARD, Jonathan. "William Gorgas, Soldado de la Salud Pública", en *Bol. of Sanit. Panam.* 112 (3), marzo 1992, pp. 223-243.
138. BURNET, Macfarlane Sir. "La fiebre amarilla", en *Historia de las enfermedades infecciosas*. El Libro de Bolsillo. Alianza Editorial, S. A. Madrid, 1967, pp. 352-359.
139. CUETO, Marcos. "Sanidad desde arriba: la fiebre amarilla, la Costa norte y la Fundación Rockefeller", en *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Instituto de Estudios Peruanos, Lima, 1997, pp. 59-86.
140. CLARK, P.D.G. *Report on the Central Territory of Peru*. Edición de la Peruvian Corporation Ltd., London, 1891, p. 10. (Citado en la referencia siguiente).

141. KUCZYNSKI-GODARD, Max. "Observaciones Higiénicas en la Perené Colny", en *La Colonia del Perené. Segunda Memoria*. Ediciones de "La Reforma Médica". Instituto de Medicina Social. Lima, 1939, p. 1.
142. BASADRE, Jorge. "Salud Pública" en la *Historia de la República del Perú 1822- 1933*. Octava edición corregida y aumentada. Tomo 11, 2000, pp. 2849-2850.
143. CUETO, Marcos. "Identidad Regional y Malaria en el Perú" en *El regreso de las epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima, IEP, 1997, pp. 138-139; 150-152.
144. PAZ SOLDÁN, Carlos E. "Comentarios", en *La Reforma Médica*. XXII (229), julio. 1936.
145. CARVALLO, Constantino. "Servicio Nacional Antimalárico" en *Memoria del Ministro de Salud Pública y Asistencia Social. Julio 1941-Julio 1945*. Imprenta Torres Aguirre S.A. Lima, 1945, pp. 52-55.
146. BUSTÍOS, Carlos y ELÍAS SIFUENTES. *Perú: La Salud durante la República Demoliberal. Primera Parte: 1933-1968*. Primera versión, Consejo Superior de Investigación UNMSM. Lima, Perú, 1998, p. 18.
147. NEYRA RAMÍREZ, José. "Clima y Tuberculosis", en *Imágenes Históricas de la Medicina Peruana*. Fondo Editorial Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 1999, pp. 37-92.
148. COMISIÓN AD HOC. "Contra la Tuberculosis", en *La Crónica Médica*. XVII (267), febrero 1900, pp. 34-37.
149. EYZAGUIRRE, Rómulo. "Enfermedades Evitables", en *Boletín de la Dirección General de Salubridad*, N.º 1, 1906.
150. COMISIÓN DE REDACCIÓN. "Inauguración del Primer Dispensario Antituberculoso", en *La Crónica Médica*. XXXIII (635), mayo 1916, pp. 129-130.
151. CORVETTO, Aníbal. "Los Fines del Preventorium Antituberculoso", en *La Crónica Médica*. XXXIII (635), mayo 1916, pp. 143-145.
152. BASADRE, Jorge. "IX. Domingo Olavegoya", en *Historia de la República del Perú 1822-1933*. Octava edición corregida y aumentada, tomo 11, pp. 2838-2840.
153. TAURO DEL PINO, Alberto. "Arias Schereiber, Max", en *Enciclopedia Ilustrada del Perú*. Tercera edición, 2001, PEISA. p. 221.
154. BASADRE, Jorge. "El timbre antituberculoso", en *Historia de la República del Perú 1822-1933*. Octava edición corregida y aumentada, tomo 13, p. 3308.

155. BASADRE, Jorge. "Prostitución y el peligro venéreo", en *Historia de la República del Perú 1822-1933*. Octava edición corregida y aumentada, tomo 10, p. 2522.
156. PASQUEL, C. Alfonso. "Frecuencia de la Sífilis en Lima. Tesis de Bachiller", en *La Crónica Médica* XXIX (557), mayo 1912, pp. 409-423.
157. JARAMILLO, Carlos. "Sección de Asistencia Pública", en *Anuario Médico del Perú*. Primera edición, Lima-Perú, 1928, pp. 479-484.
158. COMISIÓN DE HOSPITALES DE LA BENEFICENCIA DE LIMA. "Reglamentación de la Prostitución", en *La Crónica Médica*. XXXI (647), año 1917, pp. 306-308.
159. PERÚ MODERNO. "Arbulú, Julio G.", en *La Obra de los Médicos en el Progreso del Perú*. Editorial Perú Moderno, Lima-Perú, 1934, pp.47-49.
160. EGO AGUIRRE, Ernesto. "El Estado y la Asistencia", en *La Crónica Médica*, 52, enero 1935, p. 27.
161. NEYRA RAMÍREZ, José. "La hanseología en el Perú en los últimos 50 años", en *Imágenes Históricas de la Medicina Peruana*. Fondo Editorial Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 1999, pp. 218-219.
162. CARVALLO, Constantino. "Servicios de Higiene Profilaxia de las Enfermedades Infectocontagiosas", en *Memoria del Ministro de Salud Pública y Asistencia Social*, julio 1941-julio 1945. Imprenta Torres Aguirre, S.A. Lima, Perú, 1945, pp. 128-131.
163. TAURO DEL PINO, Alberto. "Alarco de Dammert, Juana", en *Enciclopedia Ilustrada del Perú*. Tercera edición, 2001, PEISA, p. 69.
164. COMISIÓN AD HOC. "Sobre Protección a la Infancia en Lima", en *La Crónica Médica*. XXXVI (671), mayo 1919, pp. 190-194.
165. JARAMILLO, Carlos. "Protección de la Infancia", en *Anuario Médico del Perú*. Primera edición, Lima-Perú, 1928, pp. 479-484.
166. TAURO DEL PINO, Alberto. "Gallagher, Mercedes", en *Enciclopedia Ilustrada del Perú*. Tercera edición, 2001, PEISA, p. 1026.
167. EYZAGUIRRE, Rómulo. "Por la Infancia", en *La Crónica Médica* 31 (708), junio 1922, pp. 218-221.
168. COMISIÓN DE REDACCIÓN. "Primera Conferencia del Niño Peruano". *La Crónica Médica*. 39 (710), agosto 1922, pp. 321-326.
169. MUÑOZ PUGLISEVICH, Julio. "La Higiene Escolar en el Perú", en *Salud y Bienestar Social*. II (4), julio-agosto de 1953, pp. 26-48.
170. MUÑIZ, Manuel. "Higiene Minera", en *La Crónica Médica* XIV (201), mayo 1897, pp. 135-138.
171. LABOR, 28 de diciembre 1928, año V, N.º 2, pp. 1-2.

172. COMISIÓN DE REDACCIÓN. "La Asistencia Pública", en *La Crónica Médica*. XXIX, 557, marzo 1912, pp. 467-468.
173. COMISIÓN DE REDACCIÓN. "Deficiencia del Puesto de Primeros Auxilios", en *La Crónica Médica* XXXIV (645), marzo 1917, pp. 77-78.
174. RUIZ, Augusto. "Medicina mental y modernización: Lima, 1850-1900", en *Mundos Interiores: Lima 1850-1950*. Eds. Aldo Panfichi H. y Felipe Portocarrero S. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, 1995, pp. 382-393.
175. CARAVEDO, Baltazar. "Ligeros Apuntes sobre la Asistencia de Alienados en el Perú y sus programas en el extranjero", en *La Crónica Médica* XXXI (618), diciembre 1914, pp. 281-287.
176. CARAVEDO, Baltazar. *La Reforma Psiquiátrica en el Perú*. Publicación de la Clínica Baltazar Caravedo. Lima, 1985, pp. 33-104.
177. TAURO DEL PINO, Alberto. "Matto, David", en *Enciclopedia Ilustrada del Perú*. Tercera edición, 2001, PEISA, pp. 1624-1625.
178. CARAVEDO, Baltazar. "Un Siglo de Psiquiatría en el Perú 1856-1956", en *Salud y Bienestar Social*. IV (10 y 11). Enero-Junio de 1955, pp.108-117.
179. VALDIVIA PONCE, Oscar. *Historia de la Psiquiatría Peruana*. Tesis Doctoral N.º 219. Lima, marzo de 1964, pp. 235-239.
180. COMISIÓN DE REDACCIÓN. "La Crisis del Régimen Hospitalario", en *La Crónica Médica*. XXXVI (668), febrero 1919, pp. 57-64.
181. TAURO DEL PINO, Alberto. "Valdizán, Hermilio", en *Enciclopedia Ilustrada del Perú*. Tercera edición, 2001, PEISA, p. 2683.
182. ACADEMIA DE MEDICINA. "Informe de la Sección IV de la Academia Nacional de Medicina", en *La Crónica Médica*. XIX (323), junio 1902, pp. 162-173.
183. OLAECHEA, Abel. "El Régimen Asistencial Actual y el que concierne a la Beneficencia Pública de Lima", en *La Crónica Médica* 50 (835), enero 1933, pp. 32-35.
184. COMISIÓN DE REDACCIÓN. "La Asistencia Médico Social y la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima", en *La Crónica Médica* 36 (667), enero 1919, pp. 21-24.
185. EGO AGUIRRE, Ernesto. "Los actos sociales en favor de la salud y la vida humana, en Lima, a través de cuatro siglos", en *La Crónica Médica* 52, enero 1935, pp. 3-31.
186. RABI CHARA, Miguel y col. *Del Hospital de Santa Ana (1549 a 1924) al Hospital Nacional Arzobispo Loayza (1925-1999)*, tomo II: "Historia de la Medicina Peruana". Lima, 1999, pp. 173-188.

187. COMISIÓN DE REDACCIÓN. "La Asistencia Hospitalaria en Lima en 1930", en *Reforma Médica*. 128, 1 de diciembre 1931, pp. 3-5.
188. BASADRE, Jorge. "Apertura del Maison de Santé", en *Historia de la República del Perú 1822-1933*. Octava edición corregida y aumentada. Tomo 7, 2000, p. 1608.
189. BASADRE, Jorge. "Hospital Italiano", en *Historia de la República del Perú 1822- 1933*. Octava edición corregida y aumentada, tomo 8, 2000, pp. 2186-2187.
190. GARRIDO LECCA, Guillermo y col. *Libro de Oro de la Clínica Anglo Americana*. Editado en ocasión del cincuentenario de su fundación. Lima, octubre de 1971.
191. JARAMILLO, Carlos. "Sección de Asistencia Social", en *Anuario Médico del Perú*. Primera edición, Lima-Perú, 1928, pp. 405-476.
192. EYZAGUIRRE, Rómulo. "Mortalidad Infantil", en *Boletín de la Dirección General de Salubridad*, N.º 1, 1906.
193. BASURCO, Santiago; AVENDAÑO, Leonidas. "Informe emitido por la comisión encargada de estudiar las condiciones sanitarias de las casas de vecindad en Lima, primera parte", en Stein, *Lima Obrera*, pp. 45-52.
194. GONZALES, Carlos E. "El Saneamiento de Lima y otras ciudades del Perú", en *La Crónica Médica*, 57. Julio 1940, pp. 171-177.
195. PORTOCARRERO, Felipe y col. *Inversiones Públicas en el Perú (1900-1969). Una Apreciación Cuantitativa*. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Lima, 1988, pp. 58-67.
196. LEGUÍA, Augusto B. *Yo tirano, yo ladrón*. Editorial Ahora S.A., Lima, pp. 60-70.
197. RIVAS CHÁVEZ, Javier. "Sanidad de la Policía Nacional del Perú". Exposición en el LX Aniversario (1942-2002) del Hospital Central PNP Luis N. Sáenz.
198. ALARCO, Gerardo. "Programa para la Campaña Antivenérea en el Perú", en *La Crónica Médica*. 43 (759). Setiembre 1926, pp. 245-258.
199. FERNÁNDEZ DÁVILA, Guillermo. *Historia de la Sociedad Peruana de la Cruz Roja" (1879-1958)*. Trabajos presentados al "1.º Congreso Panamericano de la Historia de la Medicina", organizado por el "Instituto Brasileiro de Historia de la Medicina", Río de Janeiro, 12-20 de abril de 1958, pp. 5-14.
200. BASADRE, Jorge. "La Ley sobre Sociedades de Beneficencia", en *Historia de la República del Perú 1822-1933*. Octava edición corregida y aumentada, tomo 8, 2000, p. 2125.

201. OLAECHEA, Abel S. "Situación de la Sanidad y Asistencia en el Perú", en *La Crónica Médica* 50 (839), mayo 1933, pp. 141-143.
202. ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. "Informe sobre una nueva organización de la Asistencia Pública", en *La Crónica Médica*. Año VII. Tomo VII. Lima, enero 31 de 1890, pp. 39-47.
203. ASENJO, A. y R. LORCA. "Sociedades Públicas de Beneficencia en el Perú", en *Revista Médica de Chile* 451, julio 1933.
204. COMISIÓN DE REDACCIÓN. "Debe hacerse honorarios y gratuitos los cargos de los médicos y dispensarios", en *La Crónica Médica* XXXIII (629), noviembre 1915, pp. 263-265.
205. SOCIEDAD DE BENEFICENCIA DE LIMA. "Acción Promocional y Asistencia Social Hospitalaria". Lima, Perú. 1968-1970.
206. Mariátegui, José C. "La Crisis de la Beneficencia y la Cuestión de los Asistentes", en *Peruanicemos al Perú*. Biblioteca Amauta. Lima, Perú. Séptima edición. 1981, pp.124-126.
207. PAZ SOLDÁN, Carlos E. "Por la Creación del Sindicato Médico del Perú", en *La Congregación Profesional de los Médicos*. Editorial Ausonia S. A. Lima, Perú. MCMLX, pp. 37-61.
208. BASADRE, Jorge. "La primera iniciativa para establecer el Seguro Obreiro", en la *Historia de la República del Perú 1822-1933*. Octava edición corregida y aumentada, tomo 8, 2000, p. 2079.
209. ACCIÓN MEDICA, 10 de enero 1928, vol. I, p. 9.
210. COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ. "Discurso Programa del Presidente del Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú". *Boletín del Colegio Médico del Perú* N.º. 1. Lima, diciembre 1969, pp. 21-31.
211. BERNALES, Enrique. "Legislación y Universidades en el Perú", en *Diálogo sobre la Universidad Peruana*. Roger Guerra García Editor. UPCH y Asamblea Nacional de Rectores. 1994, pp. 65-92.
212. MARIÁTEGUI, José Carlos. "El Proceso de Instrucción Pública", en *Siete Ensayos de Interpretación de la Realidad Peruana*. Colección obras completas. Editorial AMAUTA, pp. 105-122.
213. GONZALES, Enrique y Virgilio GALDO. "Historia de la Educación en el Perú", en *Historia del Perú*, tomo X. Editor Juan Mejía Baca. 1984, pp. 91-111.
214. BONIFACIO, Ervis; y col. "La Educación entre la Guerra con Chile y el Oncenio: 1879-1930", en *Historia de la Educación Peruana. Período Republicano*. Editor Rubén Cabezas. Editorial San Martín. Lima. 1996, pp. 93-110.

215. BASADRE, Jorge. "Aspectos Educativos", en la *Historia de la República del Perú 1822-1933*. Octava edición corregida y aumentada, tomo 14, 2000, pp. 3394-3445.
216. LASTRES, Juan. "La Facultad de Medicina en la segunda mitad del siglo XIX", en *Historia de la Medicina Peruana: La Medicina en la República*, vol. III. Talleres de la Editorial San Marcos. Lima. 1951, pp. 283-289,
217. BAMBARÉN, Carlos A. "La Medicina en el Primer Centenario de la República". *La Crónica Médica*. XXXVIII (697), julio 1921, pp. 189-218.
218. COMISIÓN DE REDACCIÓN. "Nueva Escuela de Medicina". *La Crónica Médica* XX (353), septiembre 1903, pp. 257-265.
219. LASTRES, Juan. "Un Centenario de Vida Institucional (1856-1956)". *Anales de la Facultad de Medicina*. XXXIX (3). Tercer Trimestre 1956, vol. I, pp. 822-835.
220. FACULTAD DE MEDICINA. "Distribución y Horario de Clases para el año 1920". *Anales de la Facultad de Medicina de Lima*, tomo V. 1920 (1.er trimestre), pp. XXXI-XXXIII.
221. ODRIÓZOLA Ernesto. "Memorias del Decano". *Anales de la Facultad de Medicina de Lima*, tomo II. 1918, pp. I-VIII.
222. PAZ SOLDÁN, Carlos E. "La Situación Efectiva de los Médicos en el Perú", en *La Congregación Profesional de los Médicos*. Lima. MCMLX, pp. 63-69.
223. FACULTAD DE MEDICINA. "Plan de Estudios del Año 1926". *Anales de la Facultad de Medicina UNMSM*, vol. 10. 1927, pp. 81-83.
224. PAZ SOLDÁN, Carlos E. "La Enseñanza de Higiene en el Perú", en *Una Doctrina y un Templo. Memorias de un Maestro*. Biblioteca de la Cultura Sanitaria. Instituto de Medicina Social. Lima. MCMLVII, pp. 3-30.
225. VALDIZÁN, Hermilio. *Diccionario de Medicina Peruana*, tomo IV. Tercera parte. Lima, Talleres del Asilo "Víctor Larco Herrera". Lima, 1938, pp. 250-251.
226. COMISIÓN DE REDACCIÓN. "El concurso de la Cátedra de Higiene". *La Crónica Médica* XXI (560), agosto 1912, pp. 711.
227. SARMIENTO, Humberto y Jorge ALARCÓN. *El Pensamiento Médico Social en el Perú. Ensayo de Interpretación y Breve Antología*. Jornadas Científicas de Medicina Preventiva. Cincuentenario de fundación del Instituto de Medicina Social de la UNMSM: 1927-1977. Lima-Perú. Folleto del DMPSP de la UNMSM, pp. 5-25.
228. COMISIÓN DE REDACCIÓN. "Inauguración del Instituto de Medicina Social". *La Crónica Médica*. 44 (772), octubre 1927, pp. 364-367.

229. PAZ SOLDÁN, Carlos E. "El Instituto de Medicina Social de la UNMSM. Fines y Reglamento" en *El Pensamiento Social en el Perú*. Folleto del Dep. Med. Prev. y Salud Pública. UNMSM. 1977, pp. 46-53.
230. PAZ SOLDÁN, Carlos E. "La Enseñanza de la Higiene en la Universidad de Lima", en *Rumbos de Política Sanitaria*, Ediciones de "La Reforma Médica", Lima, 1945, pp. 41-54.
231. COMISIÓN DE REDACCIÓN. "Enfermería en el Perú". Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, agosto 1941, p. 874.
232. EARLE, Elizabeth. "Enfermería". *American Journal Nurses*, marzo 1940.
233. SOBREVILLA, David. "La filosofía en el Perú de 1880 a 1980", en *La filosofía contemporánea en el Perú*. Carlos Matta editor, septiembre 1996, pp. 42-53
234. RIVARA DE TUESTA, María Luisa. "Historia de las ideas en el Perú contemporáneo", en *Filosofía e Historia de las Ideas en el Perú. Tomo II*. Fondo de Cultura Económica, Lima, Perú, pp. 335-359.
235. LÓPEZ OCHOA, Leoncio. "El nacionalismo y los orígenes de la Sociedad Geográfica de Lima", en *Saberes Andinos. Ciencia y tecnología en Bolivia, Ecuador Perú*. Marcos Cueto, Editor. IEP, Lima, 1995 (Estudios Históricos, 19), pp. 109-126.
236. CARRANZA, Luis. "Editorial". *Boletín de la Sociedad Geográfica de Lima*, N.º 1, 1891, pp. 1-2.
237. CARAVEDO, Baltazar. *Luis Carranza (Ensayo Biográfico)*. Imprenta del Hospital Víctor Larco Herrera. Lima, 1941.
238. TAURO DEL PINO, Alberto. "Carranza. Luis", en *Enciclopedia Ilustrada del Perú*. Tercera edición, 2001, PEISA. p. 519.
239. POLAR, Jorge. *Discurso leído por el Dr. Jorge Polar al tomar posesión del cargo de Rector* (Arequipa, 1896).
240. SANDERS, Karen. "La generación de 1900", en *Nación Tradición. Cinco discursos en torno a la Nación Peruana, 1885-1930*. Primera edición. Fondo de Cultura Económica-Pontificia Universidad Católica del Perú, 1997, pp. 246-251.
241. BARSA. "Bergson, Enrique", en *Enciclopedia Barsa. Tomo III*. Encyclopaedia Britannica, Inc. William Benton, Editor, p. 336.
242. ESPASA-CALPE. "Galton Francisco, en *Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo-Americana. Tomo XXV*. Espasa-Calpe, S.A. Madrid, p. 523.
243. POLIAKOV, León. *The Aryan Myth. A History of Racist and Nationalist Ideas in Europe*. Sussex University Press, 1974, p. 225.
244. FOUCAULT, Michael. *Genealogía del racismo*. Ed. La Piqueta. Madrid, p. 73.

245. PORTOCARRERO, Gonzalo. "El fundamento invisible: función y lugar de las ideas racistas en la República Aristocrática", en *Mundos Interiores: Lima 1850-1950*. Eds. Aldo Panfichi H. y Felipe Portocarrero S. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, 1995, pp. 219-260.
246. PALMA, Clemente. *El Porvenir de las razas en el Perú*. Tesis para optar el grado de Bachiller en Letras. Imprenta Torres Aguirre. Lima, 1897.
247. SANDERS, Karen. "La Patria Nueva", en *Nación Tradición. Cinco discursos en torno a la Nación Peruana, 1885-1930*. Primera edición. Fondo de Cultura Económica- Pontificia Universidad Católica del Perú, 1997, pp. 174.
248. LASTRES, Juan. "Capítulo IX. Negros, Criminalidad, Epidemias, Lepra, Soroche" en *Historia de la Medicina Peruana. Volumen II: La Medicina en el Virreynato*. Imprenta Santa María. Lima: 1951, pp. 71-78.
249. PAZ SOLDÁN, Carlos Enrique. "La Enseñanza de la Higiene en la Universidad de Lima", en *Rumbos de la Política Sanitaria*. Ediciones de "La Reforma Médica". Lima, 1945, pp. 42-45.
250. BAMBARÉN, Carlos. "Abel S. Olaechea y la Sanidad Nacional". *La Crónica Médica* 50 (842). Agosto 1933, pp. 245-260.
251. BAMBARÉN, Carlos. *Temas de medicina pública peruana*. Folleto, Lima, Perú, 1931, pp. 5-31.
252. COMISIÓN DE REDACCIÓN. "Dirección de Salubridad Pública". *La Crónica Médica* XX (354), septiembre 1903, pp. 273-276.
253. FERNÁNDEZ DÁVILA, Guillermo. "Discurso en el Cincuentenario de la Dirección General de Salubridad". *Salud y Bienestar Social*. II (6), noviembre-diciembre, 1953, pp. 42-48.
254. MC. EVOY, Carmen. "Epílogo", en *La Utopía Republicana*. Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú, 1997, pp. 435-444.
255. CHAVARRIA, J. *José Carlos Mariátegui and the rise of modern Peru 1890-1930*. Universit of New Mexico Press, Albuquerque, 1979, pp. 25-26, 104-105, 133.
256. FLORES GALINDO, Alberto. "La Polémica Haya-Mariátegui", en *Obras completas II*. SUR Casa de Estudios del Socialismo. Lima, 1994, pp. 273-288.
257. SANDERS, Karen. "La vuelta al Perú", en *Nación Tradición. Cinco discursos en torno a la Nación Peruana, 1885-1930*. Primera edición. Fondo de Cultura Económica- Pontificia Universidad Católica del Perú, 1997, p. 404.

258. PRIMER CONGRESO NACIONAL APRISTA. "Plan de Acción Inmediata o Programa Mínimo", en *Víctor Raúl Haya de la Torre. Obras Completas. Vol. 5*. Editorial Mejía Baca. Lima, 1984.
259. GARCÍA YAQUE, José Flavio. "Dr. Eduardo Goicochea de la Reguera". *Galena* XI (123), mayo 1981, pp. 36-41.
260. MARIÁTEGUI, José Carlos. *Amauta* N.º 17, Lima, septiembre 1928, p. 2.
261. MARIÁTEGUI, José Carlos. "Aspectos Económico Sociales del Problema Sanitario". *Mundial*, Lima, 4 de noviembre de 1927.
262. FLORES GALINDO, Alberto. "Aprismo, comunismo y proceso electoral de 1931", en *Obras Completas II*. SUR Casa de Estudios del Socialismo, 1994, pp. 301-324.
263. NEYRA RAMÍREZ, José. "Hugo Pesce: el hombre, el maestro, el amigo", en *Imágenes Históricas de la Medicina Peruana*. Fondo Editorial Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 1999, pp. 218-219.
264. TAURO DEL PINO, Alberto. "Pesce, Hugo", en *Enciclopedia Ilustrada del Perú*. Tercera edición, 2001, PEISA. p. 2040.
265. MARIÁTEGUI, José Carlos. *La Organización del Proletariado*. Ediciones Bandera Roja. Lima, 1967, pp. 200-209.
266. MARTÍNEZ DE LA TORRE, Roberto. *Apuntes para una Interpretación Marxista de la Historia Social del Perú*, tomo III. Empresa Editora Peruana. Lima, 1949, pp. 103-104.