

UN SIGLO DE SALUD PÚBLICA EN EL PERÚ

Dr. NILO VALLEJO ESPINOZA

La Salud Pública Peruana conmemora su primer centenario de existencia en nuestro país. Constituye un suceso de gran trascendencia para los peruanos porque su desenvolvimiento, pese a las penurias financieras por las que ha pasado en su trayectoria, revela una experiencia muy rica en consecuencias para la salud de la población y promisorias en oportunidades para aplicar en nuestra realidad las nuevas concepciones acerca de la salud, las más recientes metodologías en el cuidado de la salud y la adquisición de modernas tecnologías médicas.

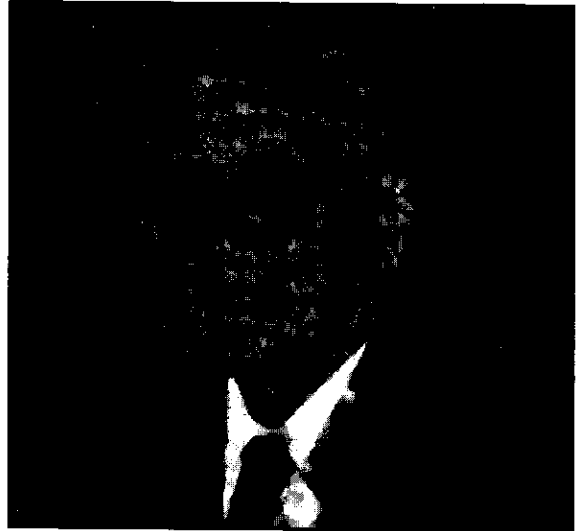
El progreso alcanzado se revela en menos enfermedad y muerte, pero no necesariamente en mayor bienestar individual y colectivo, porque obedece a una multicausalidad.

El problema reside en que, pese a los progresos alcanzados en esta tarea de mejorar la situación de salud, todavía hay millones de peruanos que no tienen acceso a los servicios de salud debido a diversos factores; pese a que la demanda social que se estima un derecho de todos no puede ser satisfecha por motivos económicos. A medida que aumenta el crecimiento económico del país, aumenta también el gasto social. El Perú registra uno de los niveles más bajos de gasto público social por habitante de la región: US \$ 192.

Reseñar la evolución de la salud pública en el país es tarea inabordable en un artículo. Por eso sólo se bosquejarán los más importantes hechos ocurridos en su primer centenario.

Desde que se inició el Perú como República, en su Constitución Política la salud no fue considerada un derecho de los ciudadanos. Asimismo, no se consideró una responsabilidad del gobierno nacional sino del municipal, lo cual reducía considerablemente las posibilidades de cobertura de servicios de salud a la población en vista del reducido ámbito jurisdiccional municipal y a la escasez de recursos para atender la demanda de servicios.

Esta situación limitó la acción estatal en sa-



lud a lo estrictamente indispensable, con el agravante que el gobierno tenía otras prioridades en sus políticas. Se consideraba que la salud no constituía un derecho de las personas ni una responsabilidad del Estado, sino un acto de caridad o beneficencia.

La Ley Orgánica de Municipalidades, promulgada por el gobierno de Remigio Morales Bermúdez el 14 de octubre de 1892, concedió a las municipalidades la responsabilidad de reglamentar, administrar e inspeccionar el aseo y la salubridad del medio ambiente, así como también la preservación de las fuentes de agua y el control sanitario de los alimentos.

El 29 de enero de 1896, el gobierno de Nicolás de Piérola promulgó la Ley de creación del Ministerio de Fomento y Obras Públicas. Dentro de su estructura figuraba la Sección de Beneficencia e Higiene, dependiente de la Dirección de Fomento del Ministerio. Esta Sección estaba encargada de la tramitación y ejecución de los Acuerdos de la Junta Suprema de Sanidad, creada por Decreto Supremo, expedido por el Gobierno de Andrés de Santa Cruz, el 1 de septiembre de 1826. En 1903 la citada Sección fue desactivada, porque sus logros no fueron significativos debido a su escasa capacidad políti-

co-administrativa para gestionar los recursos requeridos.

Entre los factores que afectaban la situación económica y administrativa del país destacaron: frecuentes pugnas partidarias e insuficiente estabilidad gubernamental que impedían la continuidad de las acciones gubernamentales; inestabilidad en los cargos de las autoridades del Ministerio de Gobierno que presidían las Juntas de Sanidad, escasez de recursos financieros destinados a los sectores sociales, etc. En la práctica, solamente a partir de 1856 comenzaron a funcionar las municipalidades, con lo cual se fue creando una efectiva administración local. La imperfecta organización político-administrativa, así como la carencia de recursos técnicos y financieros impidieron que en buen número de casos, las administraciones locales pudieran impulsar el desarrollo de los servicios de salud. En efecto, con la sola excepción del servicio de vacunación, todas las acciones a favor de la salud se encontraban casi paralizadas, a menos que se presentaran epidemias.

Existe una estrecha relación entre salud y economía. Fueron los intereses del comercio internacional que sufría pérdidas cuantiosas a causa de la aplicación, con frecuencia excesiva, de la cuarentena a los embarques procedentes de los territorios infectados o sospechosos de estarlo, los que motivaron el interés de los gobiernos en el control sanitario de sus territorios y el de otros países con los que comerciaban. De ordinario las epidemias suelen servir -como sucedió en el Perú- de acicate para que el Estado ampliara su autoridad en el sector social que anteriormente no estuvo bajo su responsabilidad.

La peste apareció el 28 de abril de 1903 en el país, afectando casi simultáneamente a los puertos de Pisco y Callao. El primer caso de peste ocurrió en Pisco en un trabajador portuario, siendo clínicamente diagnosticado por el médico E. Mestanza. Al día siguiente se produjo otro caso en el Callao, cuyo diagnóstico clínico lo hizo el estudiante de medicina Aristides Castañeda, el cual fue confirmado por el laboratorio.

La epidemia llegó al país en el barco "Ammassis" de bandera alemana, que traía un cargamento de trigo. En los almacenes portuarios se encontraron

ratas muertas. Trece departamentos incluyendo 37 provincias sufrieron esta plaga. Ningún departamento de la región de la costa escapó de la epidemia. Los que más sufrieron los estragos fueron: Lambayeque, La Libertad y Lima en la costa, y Cajamarca en la Sierra. Nueve puertos principales, 14 puertos menores y 13 caletas usadas por embarcaciones de cabotaje fueron afectados en algún momento, aunque la enfermedad desapareció rápidamente en ellos. Entre 1903 y 1905, se reportaron 1670 casos en una localidad de la sierra y en 8 localidades de la costa.

El horror a la peste, el pánico incontrolado, el miedo que despertó en la población y en las altas autoridades del Estado, hacían urgente que éste adoptara medidas de control de la epidemia.

En efecto, con la sola excepción del servicio de vacunación, todas las acciones a favor de la salud se encontraban casi paralizadas, a menos que se presentaran epidemias.

Al asumir el poder el 8 de septiembre de 1903, el Presidente de la República Manuel Candamo, formó su gabinete ministerial con preclaros ciudadanos ajenos a la política y alejados de la vida palaciega. Entre ellos figuró su amigo y médico personal Dr. Manuel C. Barrios, quien ocupó la cartera de Fomento, servida hasta entonces por ingenieros. Como contó un médico contemporáneo, el Dr. Barrios ya tenía en mente crear una dependencia sanitaria dentro de la estructura del Ministerio a su cargo, que organizara una acción científica apropiada para contener las enfermedades endémicas emergentes en el país.

Fue así que en solo siete días después de la toma del poder por Candamo y de encargarse del Portafolio al Dr. Barrios, con fecha 15 de septiembre envió a las cámaras legislativas con la rúbrica del Presidente de la República, un proyecto de Ley creando la Dirección de Salubridad Pública dentro del Ministerio de Fomento.

En su Exposición de Motivos, el Dr. Barrios, entre otras cosas, expresó lo siguiente: "Los adelantos de la ciencia y una más perfecta prelación de necesidades de los pueblos en orden a su bienestar y felicidad, han establecido como principios administrativos que uno de los primeros deberes de los poderes públicos es atender a la conservación y mejo-

ramiento de la salud humana".

"Y este deber que ha de cumplirse en todo tiempo, reviste en los momentos actuales en que el país se haya invadido por una de las enfermedades pestilenciales más terribles, un carácter de excepcional importancia y trascendencia para el desarrollo y ventura de la nación".

"Infectados por la peste los puertos de Mollendo y Pacasmayo, después de la aparición de esa epidemia en Pisco y el Callao, existe el más grave peligro de contagio para el resto del país, no sólo en el presente sino también en el futuro".

"Precisa por lo tanto, de la organización y preparación de un sistema de defensa que se adapte a las necesidades y recursos del país". "Los bien entendidos intereses del país exigen, pues, la creación en el Ministerio a mi cargo de una Dirección de Salubridad Pública, encargada de estudiar las condiciones sanitarias de la República; sus enfermedades más comunes, sus endemias y epidemias, todas las causas, en fin, que influyen de un modo permanente en su elevada mortalidad y ocasionan la degeneración de la raza".

"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 vida de los habitantes. También debe exteriorizarse en las épocas normales cuando sólo actúan las causas patógenas comunes".

"Para alcanzar este fin precisa organizar numerosos cuerpos técnicos, encargados exclusivamente de estudiar y dirigir la labor profiláctica o preventiva, en armonía con la legislación sanitaria, incesantemente ampliada y perfeccionada por los adelantos maravillosos de la medicina. Y, sin embargo, no se considerará alcanzado el desideratum de la organización sanitaria moderna que exige, para ser completa, según la opinión respetable de instituciones científicas de Europa y Estados Unidos, la creación de un Ministerio de Salud Pública".

De la lectura del oficio de remisión se desprenden conclusiones sobre la sapiencia del Dr. Barrios que fue un pionero de la acción sanitaria en el país, pues con clara noción del futuro adivinó la importante misión que la salud pública cumpliría en el desa-

rollo nacional, con la Ley promulgada el 6 de noviembre de 1903.

Dos meses después de creada la Dirección de Salubridad Pública, el Dr. Barrios llamó a colaborar en su organización a los doctores Julián Arce como Director de Salubridad, Daniel Eduardo Laverería como jefe de la sección de Higiene y Rómulo Eyzaguirre como jefe de la sección Demográfica.

Fue una tarea inmensa debido a lo complejo de su misión y a los muy escasos recursos disponibles, además de carecer de relaciones formales con otras entidades responsables del cuidado de la salud de la población...

El jefe de la sección de Higiene estaba a cargo del control y supervigilancia del servicio de sanidad marítima. El jefe de la sección Demográfica se encargaba de reunir, analizar y publicar los datos demográficos vinculados con la salud. Además, la Dirección de Salubridad tenía como dependencias: el Instituto de Vacuna, el Lazareto Flotante, el Hospital de Contagiosos, las Estaciones Sanitarias y el Cuerpo de Médicos Titulares y Obstetras de la República. Las principales funciones de dicha Dirección eran: "velar por el cumplimiento de la Legislación Sanitaria vigente; estudiar y proponer las reformas que juzgaran necesarias para mejorar el estado de salud de la población; organizar un plan de defensa contra la importación de gérmenes y pestilencias exóticas; concertar y dirigir la aplicación de medidas profilácticas para extinguir las enfermedades endémicas y epidémicas que existían en el territorio, organizar la estadística demográfica médica".

Además de su labor de control de la epidemia de peste y de prevención de la fiebre amarilla, debía intensificar la campaña contra la viruela, estudiar y tratar de resolver los problemas de saneamiento de las ciudades, organizar las estadísticas vinculadas con la salud, designar una comisión para el estudio de la higiene de las viviendas y el bosquejo de un Código Sanitario Nacional.

Fue una tarea inmensa debido a lo complejo de su misión y a los muy escasos recursos disponibles, además de carecer de relaciones formales con otras entidades responsables del cuidado de la salud de la población como eran las Sociedades de Beneficencia Pública y las Municipales.

des. Como en la ley de creación de la Dirección de Salubridad Pública se había omitido establecer legalmente dichas coordinaciones interinstitucionales, las entidades mencionadas no reconocían el papel rector de las acciones de salud que tenía la Dirección de Salubridad, por lo que solía rechazar su intromisión; otras veces la misma dirección se inhibía de pautar los aspectos técnicos de las acciones de las otras instituciones por carecer del apoyo político indispensable para imponerse.

A pesar de las dificultades anotadas, fueron varias las disposiciones fundamentales dadas por la Dirección de Salubridad relacionadas con el mejoramiento de la Salud del pueblo, a saber:

- En 1903 se inauguró el Instituto Municipal de Higiene de Lima, siendo su primer director el bacteriólogo italiano Ugo Biffi. Este instituto realizó una importante labor de investigación científica contribuyendo a iniciar la era bacteriológica en la medicina peruana.
- En 1906 el Hospital Dos de Mayo de Lima instaló un laboratorio de bacteriología, siendo el primero en hacerlo, seguido su ejemplo por el Hospital Guadalupe del Callao, donde en 1909 el Dr. Alberto Barton descubrió el agente causal de la Verruga Peruana y Fiebre de la Oroya, al que posteriormente el tropicalista Dr. Richard Strong denominó Bartonella Bacilliformis. El 29 de septiembre de 1903 se promulgó la Ley de creación de las Estaciones Sanitarias, encargadas en realizar la desinfección de los puertos del Callao, Ilo y Paita.
- En el mismo año una resolución suprema modificó el Reglamento General de Sanidad del 8 de febrero de 1887, en lo relativo a peste, cólera y fiebre amarilla. Este reglamento modificado estuvo vigente hasta el 11 de marzo de 1910, fecha en que se promulgó el Reglamento de Sanidad Marítima.
- En el mismo año, se inauguró el nuevo local de la Escuela de Medicina, en reemplazo del vetusto local del Colegio de la Independencia, con sede en Santa Ana en el mercado de Lima. Fue su decano el Dr. Belisario Sosa y Ministro de Fomento el Dr. David Matto.
- El 2 de julio de 1904 por una resolución se dispuso la centralización de los datos demográficos en la sección demográfica de Salubridad Pública, debiendo los Concejos Municipales del país proporcionar los datos requeridos.
- El 20 de enero de 1905 el gobierno de José Pardo decretó que las obras de agua potable y desagüe a ejecutarse en el territorio estuvieran a cargo de la Dirección de Salubridad del Ministerio de Fomento.
- El 17 de agosto de 1906 se aprobó por decreto el reglamento de los certificados de salud, en el que se establecían las condiciones que debían reunir los barcos que transportaban inmigrantes al país.
- El 23 de agosto de 1906 por Resolución Suprema, se aprobó la Convención Sanitaria Ad Referéndum acordada en la Segunda Convención (Conferencia) Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas - (Washington, D.C. 14 de octubre 1905), en la que tuvo descollante participación el delegado peruano Dr. Daniel Eduardo Laverería, autor de la versión española de dicho documento.
- El 15 de julio de 1907, por Decreto Supremo, se creó el Consejo Superior de Higiene como cuerpo consultivo que ilustraba al gobierno en los casos que fuera necesario consultarlo para formulación de Leyes y Resoluciones referentes a la salud. El Consejo debía reunirse, por lo menos, una vez al mes; se fijaron además sus funciones. Las reuniones se reglamentaron por Resolución Suprema del 17 de noviembre de 1907. El Consejo estuvo presidido por el Ministro de Fomento y tuvo como secretario al Dr. Daniel Eduardo Laverería hasta julio de 1919.
- El 22 de diciembre de 1907 se expidió la resolución que declaró de uso obligatorio el pasaporte sanitario para los inmigrantes chinos que venían a trabajar como peones de las haciendas.
- El 8 de julio de 1908 se aprobó por decreto el reglamento del servicio de vacunación y revacunación antivariólica obligatoria para todos los moradores del territorio en su primer año de edad, debiendo revacunarse entre los 10 y 21 años de edad.

- El 11 de marzo de 1910 el gobierno de Augusto B. Leguía aprobó, por decreto, el reglamento de sanidad marítima. Las tres estaciones fueron bien organizadas y sirvieron de protección contra la peste, siendo consideradas como las mejores de sudamérica.
- En cuanto a la campaña antipestosa, se desarrolló principalmente en la costa, sin descuidar los brotes de peste en la región andina; al efecto, se expidió el reglamento sanitario de ferrocarriles recomendando su cumplimiento a un inspector médico.
- Las autoridades de la Dirección de Salubridad resumían la situación así: "No obstante las malas condiciones en que estaban las localidades invadidas por la peste, mediante las disposiciones sanitarias adoptadas se llegó a extinguir la peste en Pisco, Callao, Mollendo, el puerto de Pacasmayo, Paita y Salaverry, quedando limitada la enfermedad al departamento de Lambayeque y algunos caseríos de la provincia de Pacasmayo".
- De acuerdo con los conceptos entonces dominantes sobre la educación para la salud, se dio inicio a esta disciplina con la creación del museo de Higiene destinado a la enseñanza de la higiene al público de una manera objetiva, mediante la exhibición de maquetas, planos de instalaciones y modelos sanitarios, acompañadas de charlas sobre higiene personal, del medio ambiente y de los centros industriales. Estas actividades estaban destinadas en especial a los trabajadores. El museo se instaló en el local de la exposición permanente de industrias.
- Se estimuló el perfeccionamiento con el Decreto Supremo del 23 de diciembre de 1905. A las becas podían acogerse quienes hubieran alcanzado la contenta de doctor, con opción a dicha bolsa los que habían estudiado en la Facultad de Medicina de Lima. Las becas cubrían el costo del viaje y un estipendio mensual de doscientos soles.
- Se fomentó la creación de la Escuela de Enfermeras de Bellavista, la que luego pasó a ser la Escuela de la Clínica Anglo Americana.
- Se creó y puso en funcionamiento el Consejo Superior de Higiene, que terminó su actividad en julio de 1919.
- Se inició la campaña antipalúdica en Chanchamayo, con la creación de dos enfermerías dispensarias.
- Se construyó el Lazareto de Variolosos.
- Se aprobó el reglamento de servicios de vacunación antivariólica y se liberó a las municipalidades de las obligaciones que al respecto tenían.
- Se reglamentó las funciones de las obstétricas titulares.
- Se dictaron diversas disposiciones para el saneamiento de locales y su construcción a prueba de roedores.
- Se señalaron las condiciones sanitarias que debían reunir los centros de colonización.
- Se inició la Campaña Antivenérea, afirmándose que, en lo relativo a la prostitución, "la experiencia universal ha probado la ineficacia de la reglamentación policial de la prostitución en la profilaxis de las enfermedades venéreas" y que "las medidas más eficaces en ese sentido se refieren a la inspección y vigilancia sanitaria de las mujeres públicas y casas de tolerancia y al tratamiento médico gratuito en dispensarios adecuados de los enfermos de infecciones venéreas".
- Se dio por primera vez intervención al Estado en el funcionamiento de la Cuna Maternal, dependiente de la Sociedad Auxiliadora de la Infancia.
- Se inició la campaña antituberculosa con el establecimiento del servicio gratuito de diagnóstico clínico y bacteriológico de la tuberculosis en el Instituto Municipal de Higiene de Lima.
- Se creó el cargo de agente sanitario del gobierno en Europa, con la obligación de remitir a las autoridades nacionales de salud información periódica de los avances científicos en el campo de la medicina y la salubridad en Europa. Por resolución del 2 de Julio de 1904 fue designado para dicho cargo el Dr. Alberto Barton.
- A pedido del gobierno de los Estados Unidos se destinó a un médico y un ingeniero peruanos, para integrar el equipo técnico del cuerpo de sanidad estadounidense enviado a Panamá para elaborar un plan de trabajo y participar en las labores de higienización de la zona donde se realizaba la construcción del canal de Panamá.

- Participación en la preparación de un programa y presupuesto para levantar el Censo de la Población y Vivienda, con vista al mejoramiento de la salud pública debido a las precarias condiciones sanitarias de las viviendas y sus alrededores. Desde 1876 no se había hecho esta labor.
- La designación de un médico adscrito a la sección de higiene -que lo fue el Dr. Abel S. Olaechea, más tarde Director del Ramo- encargado exclusivamente de la "dirección y ejecución de los trabajos de agua potable en el país", porque, de conformidad con la letra y el espíritu de la Ley de creación de la Dirección de Salubridad Pública, no podía ser extraño el saneamiento de las poblaciones en ese aspecto básico para la salud pública, como lo es el agua de bebida. Al efecto, se dispuso que las obras de agua potable y desagüe de las poblaciones estuvieran a cargo de la Dirección de Salubridad.

En los siete años de labor incesante, pese a la dificultades señaladas, la Dirección realizó una inmensa tarea para establecer sobre bases firmes una doctrina sanitaria, que años después llevaría a la creación del Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social...

- Se creó el primer cuerpo de vacunadores, los que recibieron adiestramiento en el Instituto de Vacuna y Sueroterapia; y se creó porque "lo dilatado del territorio nacional no permite realizar con el personal médico oficial el número de inoculaciones que es necesario".
- Se estudió y proyectó hospitales mixtos "tomando como base las necesidades sanitarias de las capitales de departamento y de provincias", acciones que desgraciadamente no fueron aprovechadas, porque la Dirección de Obras Públicas no dio término a la elaboración de los proyectos definitivos.
- Se creó en 1907 la Biblioteca Sanitaria "para el buen desempeño de las especiales labores que le estaban encomendadas a la Dirección, habiendo contado con 2000 volúmenes debidamente catalogados.

Desde el comienzo de sus actividades hasta el 14 de julio de 1911, fecha en que hubo de renunciar al cargo de Director de Salubridad Pública el Dr. Julián Arce, por causa que puso a buena prueba la entereza de su carácter, la Dirección dispuso de soles 5'360,015.29 para atender la situación sanitaria del país.

Como cuerpo consultivo funcionaba la Junta Suprema de Sanidad, en cuyo seno figuraba de Director el Dr. Arce y el Jefe de la Sección de Higiene era el Dr. Lavorería, quien ejercía la Secretaría.

En los siete años de labor incesante, pese a la dificultades señaladas, la Dirección realizó una inmensa tarea para establecer sobre bases firmes una doctrina sanitaria, que años después llevaría a la creación del Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social por Ley 8124 del 5 de octubre de 1935.

Han transcurrido cien años desde la creación de la Dirección de Salubridad Pública y desde entonces han ocurrido muchos hechos importantes en la Salud Pública del país. Las epidemias han dejado de ser catástrofes nacionales para convertirse en sucesos controlables, gracias al incesante desarrollo científico y tecnológico en el campo de la salud, que ha llevado a la sustancial modificación de los conceptos referentes a la salud, y a su vez, ha conducido al reconocimiento de la importancia de la prevención de la enfermedad y de la promoción de la salud. El estudio retrospectivo de las epidemias ha permitido analizar las bases ecológicas de las enfermedades colectivas y poner en evidencia las verdaderas dimensiones del tejido social que hasta hace poco se desconocía. Ahora se reconocen las estrechas relaciones entre los sistemas económicos y las condiciones del hábitat que condicionan el proceso salud-enfermedad.

Uno de los hechos destacados, antes de la creación del Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social, fue el convenio celebrado entre el gobierno de Augusto B. Leguía y la fundación Rockefeller, en enero de 1921, para desarrollar programas coordinados de salud, particularmente en relación con el control de la fiebre amarilla, malaria y el desarrollo de los servicios de salud, entre otros. Es de rememorar la labor del Dr. Henry Hanson en el control de la fiebre amarilla urbana en 1919; y la del Dr. John L. Hydrick al establecer y operar el primer servicio departamental de salud en Ica, en 1945, cuya dirección fue ejercida por el Dr. Alfredo Lynch. Este servicio fue un esfuerzo pionero para establecer un servicio regionalmente autónomo, dotado de un bien concebido programa de salud.

Casi coincidiendo, en julio de 1942 se suscribió un Convenio entre los gobiernos del Perú y los EEUU que

creó el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) que estableció servicios integrados de salud con centros de salud y hospitales en Loreto, San Martín, Chimbote, Lucanas y Paríacochas en Ayacucho. En el Rímac se creó un centro de adiestramiento de personal en salud pública. En Lima el SCISP creó y operó el Instituto de Salud Ocupacional y robusteció el Instituto Nacional de Salud.

Posteriormente, el Servicio Especial de Salud Pública reemplazó al SCISP en 1962. Entre las obras que realizó el SESP destacó el programa de agua rural en poblaciones menores de dos mil habitantes. En su primera etapa comprendió 150 localidades, administradas luego por juntas locales de servicio de agua, con representación de las comunidades. Otro proyecto fue el servicio fluvial de salud del Amazonas, cuyo buque hospital recorría Loreto dando asistencia a las poblaciones ribereñas, en las que los maestros fueron capacitados para realizar acciones de salud. También financió la capacitación de personal de mando medio y auxiliar de los servicios de salud.

El establecimiento del seguro social representó un compromiso social de gran trascendencia cuyos alcances son esenciales para obtener el bienestar de la población.

En 1933 surgió en Puno el RYJCHARISMO, doctrina creada por el Dr. Manuel Núñez Butrón, la cual concedía prioridad a las acciones preventivo-promocionales, usando como su mejor instrumento la educación popular. Núñez creó la primera brigada sanitaria RYJCHARISMO en Isla, comunidad indígena cercana a Juliaca. Este médico puntualizó la multicasualidad de la enfermedad y avizó la solución multisectorial de los problemas de salud, por lo cual impulsó las escuelas rurales. La Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud (Alma - Ata, URSS, septiembre 1948) proclamó justicieramente a Núñez Butrón como precursor de la atención primaria en el mundo.

En 1936 se inicia un período de desarrollo sanitario en el país, con la creación del servicio nacional de protección materno infantil, por considerarlo grupo de alto riesgo. En este mismo período se estableció por primera vez en el país, la seguridad social mediante la creación del seguro social obrero. El establecimiento del seguro social representó un compro-

miso social de gran trascendencia cuyos alcances son esenciales para obtener el bienestar de la población. El seguro social tuvo como objetivo crear y conservar un nivel de salud y una calidad de vida en su más alto grado, de acuerdo a las posibilidades de cada país; así mismo este seguro fortalece el sentimiento personal de seguridad. Por lo tanto, debe procurar que los riesgos de vida no se materialicen, lo que subraya la importancia de las medidas de prevención y fomento de la salud en la evolución de los organismos de seguridad social. El seguro social es el instrumento del que se vale la seguridad social para cumplir sus fines. La implantación de los servicios de salud en el organismo nacional del seguro social, mediante planeación, construcción y operación de sus redes de hospitales y clínicas, ha contribuido a un notorio avance en el cuidado de la salud en el Perú.

El 31 de diciembre de 1951, por Ley 11672, se creó el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, que administró los recursos provenientes del impuesto al consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y artículos de perfumería.

En el mismo período se inauguró el Instituto Nacional del Cáncer, el cual formó los primeros oncólogos peruanos, sirviendo de base para la creación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, que ha realizado una fecunda labor en la investigación, prevención, diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad en el ámbito sub-regional andino.

Casi coincidentemente se creó el Instituto de Biología Andina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, con lo cual cobraron mayor impulso las investigaciones sobre la adaptación del individuo a la altura y cuyos hallazgos han servido de base para los vuelos interplanetarios.

El 31 de diciembre de 1951, por Ley 11672, se creó el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, que administró los recursos provenientes del impuesto al consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y artículos de perfumería. El FNSBS sirvió para impulsar los programas de saneamiento ambiental, construcción, equipamiento y dotación de personal en los hospitales nuevos y en los programas nacionales de salud materno infantil.

En 1953 en cooperación con la OPS, por primera vez se elaboró una vacuna liofilizada contra la viruela, con 90% de positividad en primo vacunados y con una potencia prolongada, preparada en el Instituto Nacional de Higiene, con la cual se erradicó la viruela en 1966. Posteriormente se erradicó el virus salvaje de la poliomielitis.

La Carta de Punta del Este, suscrita en 1961 como consecuencia de la Alianza para el Progreso, dio lugar en el Perú a la implantación de la planificación sanitaria, que sirvió de base para la meta de proporcionar cuidado integral de salud a la población en forma progresiva.

Como corolario de la Segunda Guerra Mundial se desarrolló en los gobiernos de las Américas la conciencia sobre la importancia de los servicios nacionales de salud y de las instituciones de seguridad social, asuntos tratados preferencialmente en la XII Conferencia Sanitaria Panamericana. Debido al proceso de industrialización, en América Latina surgió la demanda de desarrollar la atención médica para proteger la mano de obra y aumentar la productividad. La hegemonía de la medicina reparativa sobre la medicina preventiva tuvo gran influencia en el avance de la medicina clínica y en el desarrollo de la educación médica de las diversas disciplinas en el campo de la salud; también contribuyó al surgimiento de nuevos grupos ocupacionales de mando medio en este campo, como el de los tecnólogos.

La Carta de Punta del Este, suscrita en 1961 como consecuencia de la Alianza para el Progreso, dio lugar en el Perú a la implantación de la planificación sanitaria, que sirvió de base para la meta de proporcionar cuidado integral de salud a la población en forma progresiva. El Plan Nacional de Salud seguido desde entonces, permitió establecer áreas prioritarias en la atención de los problemas de salud, diseñar, ejecutar y evaluar programas con objetivos y metas precisas, de acuerdo a la magnitud, trascendencia y recursos disponibles.

A partir de entonces se desarrollaron programas específicos en las distintas áreas de la salud, aún cuando la escasez de recursos en especial en las décadas anteriores y la actual, como consecuencia de la crisis económica mundial, ha impedi-

do en los últimos años extender la cobertura de servicios de salud.

El estado de salud del individuo y de la comunidad es la consecuencia primaria del conjunto de condiciones sociales, económicas, políticas y culturales, así como del ambiente en que viven las personas, el agua que beben, los alimentos que consumen, el aire que respiran, la tierra que habitan, la ciudad en que residen y los centros en que trabajan. A estos factores ambientales se suman otros como: densidad de la población, industrialización y desarrollo tecnológico con sus consecuencias: ruido, intoxicaciones, tensiones, etc., las que modifican el hábitat.

Para mejorar el medio ambiente, la OPS/OMS estableció, en Lima, el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), para colaborar en la preparación del material didáctico, conducción de cursos de adiestramiento intensivo, dirección de programas de investigación aplicada e intercambio de información entre profesionales e instituciones.

En 1970 el BID y el BM, con la incentivación de la OPS, aprobaron sendos préstamos para la construcción de sistemas rurales de abastecimiento de agua. Las comunidades rurales participaron con mano de obra y dinero. La administración de los servicios rurales de agua estuvo a cargo de las llamadas juntas locales administradoras de servicios, con lo cual se aseguró el financiamiento de la operación de estos servicios.

En los últimos años se ha implantado una nueva metodología de trabajo en el campo de la salud. Es la planificación estratégica de salud, que se desarrolla en una situación social determinada. El plan constituye la propuesta de una fuerza social para producir cambios o mantener situaciones en un área de la realidad local. El plan es una guía para la acción y no una norma rígida; las fuerzas sociales que formulan planes son las que tienen algún espacio en el esquema de poder.

En 1990 la XII Conferencia Sanitaria Panamericana propuso incorporar la promoción de la salud, como una estrategia dirigida al logro de un avance integral en salud. La promoción de la salud ha venido a fortalecer los avances de la estrategia de la

atención primaria, agregando nuevos desafíos. Es concebida como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva. Requiere el compromiso e interacción de los actores mencionados y de diversos sectores para obtener una acción integral para mejorar las condiciones de vida en sus distintos aspectos. Su elemento central es la participación de la comunidad afectada en el reconocimiento de sus problemas, en la toma de decisiones sobre las medidas y programas para enfrentarlos, en el desarrollo y evaluación de las medidas concretas que incluyen estos programas.

La Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud N° 27813 está basada en la descentralización de los servicios de salud. Este sis-

tema busca coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud y promover su implementación descentralizada, coordinar los planes y programas de las instituciones del sector, lograr el cuidado integral de la salud de la población y avanzar hacia la seguridad social universal en salud. Para ello se ha creado el Consejo Nacional de Salud así como los Consejos Regionales y Provinciales de Salud. Este proceso se encuentra en marcha.

Es pues de una gran significación conmemorar la creación de la Dirección de Salubridad Pública, en 1903, que marcó el comienzo de una nueva era en el cuidado de la salud de los peruanos. Al recordar el primer centenario de su creación, hay que rendir justiciero homenaje a quienes, en todos los períodos de la salud pública nacional, ofrendaron sus vidas en pro del desarrollo de la salud individual y colectiva en el país.

Organización Mundial de la Salud

ACADEMIA DE LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud puso en marcha en diciembre de 2003 la Academia de la Salud, una escuela virtual que promoverá la salud en todo el mundo. Para mejor información sobre tan importante tema, se transcribe a continuación el correspondiente comunicado de prensa de la OMS.

COMUNICADO DE PRENSA OMS/92

11 de diciembre de 2003

ACADEMIA DE LA SALUD

Primer paso hacia la creación de una escuela virtual que promueva la salud pública en todo el mundo.

GINEBRA - La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha anunciado hoy la puesta en marcha de la Academia de la Salud, en colaboración con Cisco Systems, Inc. La Academia de la Salud encarna un planteamiento novedoso para mejorar la salud mediante las tecnologías de la información, que proporcionará al público en general la información y los conocimientos sanitarios necesarios para prevenir enfermedades y adoptar modos de vida más sanos.

La misión de la Academia de la Salud consistirá en desmitificar las prácticas médicas y de salud pública, así como en poner los conocimientos de los especialistas en salud a disposición de todos los ciudadanos del mundo mediante tecnologías basadas en Internet. La Academia promoverá la buena salud explicando las funciones esenciales de la salud pública en un lenguaje asequible para todas las personas, teniendo en cuenta las distintas sensibilidades culturales.

Recientemente se han puesto en marcha dos estudios experimentales para el año académico 2003-2004, uno en Egipto y otro en Jordania. Los estudios están dirigidos a estudiantes de 12 a 18 años de 20 escuelas de Egipto y 21 escuelas de Jordania. A partir de esa experiencia, la presencia de la Academia de la Salud podría ampliarse en los dos países pioneros y en otros países y regiones del mundo.

«La Academia de la Salud ofrece oportunidades sin precedentes para promover la salud de manera efectiva mediante asociaciones orientadas a las personas», ha dicho el Dr. LEE Jong-wook, Director