

LA SALUD PÚBLICA MODERNA EN EL PERÚ: 1903-2003

Conferencia: “La Salud Pública Moderna en el Perú: 1903-2003”. Dictada en la Ceremonia de celebración del primer centenario de la creación de la Dirección General de Salubridad. Auditorio Central del Ministerio de Salud, 6 de noviembre de 2003.

1. CREACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUBRIDAD

Para los gobiernos civilistas del inicio del siglo XX, la promoción de una economía de exportación de materias primas y de atracción de capitales e inmigrantes extranjeros, especialmente anglo-sajones, sintetizaba lo esencial de su propuesta económica. Por otra parte, Francisco García Calderón Rey, uno de los voceros de la llamada “generación del 900”, enfatizaba 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 elite serviría para fortalecer al Estado, atraer inversiones en la economía e incorporar a las masas indias en la vida nacional a través de la acción civilizadora del Ejército, la educación y la salud pública. De manera concordante con estas ideas, la nueva elite civilista consideró a la protección sanitaria de los puertos, de las ciudades y de la población como un deber del Estado y como una condición para la marcha normal de aquella economía.

Elegido como Presidente del Perú, el Jefe del Partido Civil, don Manuel Candamo, nombró como Ministro de Fomento y Obras Públicas al Dr. Manuel Camilo Barrios, su amigo y médico personal. Siete días después de su nombramiento, el 15 de septiembre de 1903, el nuevo Ministro presentó al Parlamento un Proyecto de Ley para la creación de la Dirección General de Salubridad, como una dependencia del Ministerio de Fomento. Proyecto que, luego de ser aprobado por el Parlamento, fue promulgado por Candamo el 6 de noviembre de ese mismo año.

En la exposición de motivos del Proyecto de Ley, el Ministro argumentaba: “Los adelantos de la ciencia y una más perfecta percepción de las necesidades de los pueblos en orden de su bienestar y felicidad, han establecido como principio administrativo que uno de los más principales deberes de los poderes públicos es atender a la conservación y mejoramiento de la salud... Precisa por lo tanto la organización y preparación de un sistema nacional que se adapte a las necesidades y recursos del país... 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 requieran una preparación técnica especial, en las personas encargadas de su solución y estudio... 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 de los procedimientos profilácticos en el Perú no han dado sino muy escasos resultados prácticos...”.

Manuel Camilo Barrios Mendoza (1840-1920), médico-cirujano, era un importante miembro de la Junta Directiva del Partido Civil, senador de la República (1896-1918). En el año 1915 fue elegido por tercera vez presidente del Senado. Profesor de la Facultad de Medicina de San Fernando (1876-1915), de la que fue su decano (1907-1915). Fue uno de los fundadores de la Academia Nacional de Medicina, que presidió los años 1910 y 1911. Ministro de Estado en el despacho de Fomento entre el 8 de septiembre de 1903 y el 15 de mayo de 1904, formó parte del gabinete inaugural del gobierno de Manuel Candamo.

Pero, más allá de aquellos argumentos oficiales, la principal razón política para la urgencia de la creación de la Dirección General de Salubridad fue la inquietud social por las consecuencias de la “invasión de la peste”, en varios puertos del país, iniciada en abril de 1903. La vieja preocu-

pación social por las “enfermedades exóticas”, se había transformado en alarma nacional cuando los primeros casos de peste bubónica se presentaron en Lima y Callao. El temor que se tenía en esa época a la peste, facilitó la inmediata creación de la citada Dirección. Aunque, según comenta el historiador Marcos Cueto, mayor alarma causó en la oligarquía-civilista la noticia de que la peste provocaría una estricta cuarentena en el Callao, que aislaría comercialmente al país. Un día antes de la promulgación de la Ley de creación de la Dirección de Salubridad, en el Editorial del diario *El Comercio* se escribía: “No se trata ya simplemente de salvar vidas sino de salvar nuestros intereses económicos y fiscales” (septiembre 13, 1903, p.2).

Con la creación de este primer organismo nacional permanente, encargado de organizar y dirigir los esfuerzos para la conservación y mejoramiento de la salud de la población peruana, se superaba definitivamente, la antigua concepción de Sanidad Pública, entendida ésta como una “política sanitaria” responsable de la conservación del orden en el espacio público. De este modo, se iniciaba en el Perú la Salud Pública Moderna y, por ende, la búsqueda de un sistema de servicios de salud que se adecuara, de manera eficaz y justa, a las necesidades y recursos del país. El primer director general de la Dirección de Salubridad, fue el Dr. Julián Arce; con la colaboración de los Drs. Eduardo Laverería, Jefe de la Sección de Higiene, y Rómulo Eyzaguirre, Jefe de la Sección de Demografía.

Julián Arce Ramírez (1863-1931), amigo, colaborador y continuador de la obra científica del Mártir de La Medicina Peruana, Daniel A. Carrión. Había obtenido el grado académico de doctor en medicina con la tesis “La Fiebre de la Oroya” y tenía estudios de Medicina Tropical en Londres. Médico de conducta ejemplar, renunció voluntariamente al cargo de director general en 1911 cuando el Gobierno violando los reglamentos sanitarios, impuso por motivos políticos 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. Fundador de la cátedra de Enfermedades Tropicales de la Facultad de Medicina de Lima (1916). Presidente de la Academia Nacional de Medicina (1922).

Dos años después de su creación, en el mensaje presidencial de José Pardo, correspondiente al año 1905, se afirmaba: “Cada día son más palpables las ventajas del Servicio Especial de Salubridad. Tiene la preferencia en todos los pueblos 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 suficiente para ser actor del crecimiento inmediato de población. La tarea tiene que concretarse, por ahora, a conservar la que existe para que aumente la reproducción y esto es la labor de la Dirección de Salubridad”.

2. CIEN AÑOS DESPUÉS DE SU CREACIÓN

En la misma exposición de motivos del Proyecto de Ley de creación de la Dirección General de Salubridad, el ministro Camilo Barrios advertía que “el desiderátum de la organización sanitaria moderna exige para ser completa... la creación de un Ministerio de Salud Pública”. Este desideratum se concretaría, años después, el 5 de octubre de 1935, al conmemorarse el 50º aniversario del sacrificio del Mártir de la Medicina Peruana Daniel A. Carrión, con la creación del Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social, que reemplazaría en todas sus funciones a la Dirección General de Salubridad. Este nuevo ministerio sería reestructurado en el año 1942 para convertirse en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El cual sería sustituido, en el año 1968, por el Ministerio de Salud definido como órgano rector del Sector Salud.

El centésimo aniversario del inicio de la Salud Pública Moderna en el Perú, a través de la creación de la Dirección General de Salubridad, es un hecho social de gran trascendencia nacional, que despierta en la conciencia de todo trabajador de salud dos tipos de sentimientos. El primero

y más inmediato, un sentimiento de admiración por la visión de Candamo, Barrios y Arce al iniciar la búsqueda, aún no concluida, de una Salud Pública Nacional que “se adapte a las necesidades y recursos del país”. El segundo, un sentimiento de obligación de reflexionar sobre el sentido de la racionalidad de una búsqueda que ya dura cien años, así como sobre nuestro real compromiso con ella.

Después de 100 años, ahora en el umbral del siglo XXI, podemos apreciar que son muchos los logros alcanzados por nuestro país en el campo de la salud. Se ha erradicado la viruela y la polio y se ha controlado el sarampión. Estamos próximos a eliminar el tétanos neonatal y más del 80% de los niños peruanos se vacunan contra las enfermedades inmunoprevenibles. Los esfuerzos de las organizaciones de salud también han contribuido a reducir la mortalidad infantil y las enfermedades transmisibles; así como a enfrentar con éxito la última epidemia del cólera. También, se ha logrado incorporar el “derecho a la salud” a la cultura peruana, avanzando a una etapa en que es moralmente inaceptable y jurídicamente sancionable todo tipo de discriminación al acceso a la atención de la salud.

Luego de celebrar esos logros, como es de justicia, debemos reconocer, sin embargo, que los mismos no han sido suficientes para asegurar el éxito de la búsqueda. Las mismas autoridades gubernamentales reconocieron en julio del año anterior la persistencia de diez problemas sectoriales prioritarios, entre los cuales destacamos: reducida cobertura y aumento de la exclusión; segmentación e irracionalidad en el Sector; ausencia de rectoría; financiamiento insuficiente e inequitativo; y, limitada participación ciudadana. Para enfrentar tales problemas, el Ministerio de Salud está tratando de concretar en los últimos meses la reestructuración del Ministerio de Salud y de las Direcciones de Salud, la creación e implementación del Seguro Integral de Salud y el fortalecimiento del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

Al final del siglo XX, existe consenso en que el actual sistema de salud peruano tiene un deficiente desempeño, y se presenta como desarticulado, ineficiente, desfinanciado, no participativo y, especialmente, injusto. Ello, como resultado de un proceso histórico de cambios institucionales sectoriales de carácter complejo, fragmentario, dependiente y contradictorio, en condiciones de incertidumbre o conflicto. Proceso distorsionado por la interacción de un conjunto de factores endógenos y exógenos al ámbito de la Autoridad en Salud, con marchas y contramarchas en las estrategias utilizadas. No fue fácil, ciertamente, el camino durante esta búsqueda, como nunca lo ha sido para las grandes empresas; más aún, cuando en las últimas décadas el gasto público en salud, indicador sensible de la prioridad que el Gobierno asigna a la salud humana, tuvo una importancia subsidiaria o marginal frente a los requerimientos de la estabilización de las variables macroeconómicas y del pago de la deuda externa.

En esas difíciles circunstancias del sistema de salud, aquellos logros solo pueden ser explicados por la participación silenciosa de un cuerpo selecto de trabajadores de salud, hombres y mujeres, que con determinación, abnegación, conocimiento y sacrificio, ofrendaron lo mejor de sus vidas para hacer del Perú un país más saludable. Nuestro homenaje a estos peruanos ejemplares, especialmente a los que a caballo o a pie transitaban por las frías “latitudes del silencio”, que tan vívidamente describe Hugo Pesce, curando enfermos, apagando epidemias, aplicando vacunas, limpiando pantanos, fumigando viviendas, enseñando como evitar las enfermedades. Sus éxitos fueron innumerables y cotidianos, aún cuando los desafíos y las incomprendiones aumentaban. Son los verdaderos héroes olvidados o desconocidos de la Salud Pública Peruana, que estuvieron en la vanguardia de la lucha permanente por reducir las inequidades que afectan secularmente a la población peruana en situación de pobreza, especialmente la indígena.

La pregunta que surge de estos resultados es si existían posibilidades reales para construir desde el Sector Salud un sistema de salud eficaz y justo, en una sociedad peruana que durante esos 100 años no pudo superar sus grandes desencuentros históricos y sus enormes desigualdades. En un país fragmentado social y económicamente, con relaciones económicas y políticas internas que llevaron a los gobiernos a una oscilación casi pendular entre políticas económicas libe-

rales en un extremo, y populistas o desarrollistas en el otro. Es decir, en una sociedad que no encuentra aún el camino para superar esos desencuentros y desigualdades y parece resignarse a estar sumido en la incertidumbre de la crisis permanente.

Esta reflexión nos lleva a la conclusión de que para tener éxito en la búsqueda iniciada en el campo del cuidado de la salud hace 100 años, ésta tiene que ser subsumida en una búsqueda más amplia e integral. Es decir, ser parte de una búsqueda nacional orientada a superar nuestros desencuentros y desigualdades sociales seculares, que nos hacen tan distantes y tan distintos, para encontrar un camino democrático y participativo que nos lleve al bienestar general de todos los peruanos. Encontrar finalmente ese camino implicaría, que los actores sociales involucrados encuentren, a partir de un diálogo leal y transparente, respuestas imaginativas y concertadas a los problemas nacionales. Debemos tener la esperanza, de que el “Acuerdo Nacional”, suscrito solemnemente el 22 de julio de 2002, por los partidos políticos, las organizaciones de la sociedad civil y el Gobierno, reunidos en el “Foro de Acuerdo Nacional” signifique el primer paso para encontrar ese camino y esas respuestas. Por lo pronto, ya se acordaron de manera consensual 29 Políticas de Estado a Largo Plazo. La Décima Tercera Política es: “Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social”, con quince objetivos sectoriales que se pretende tengan un carácter vinculante.

No obstante, es importante recordar, al respecto, que los acuerdos concertados deben procesarse institucionalmente, para evitar que los foros democráticos queden reducidos al papel de instancias de mera ratificación de lo acordado por las cúpulas. Por ello, junto con el impulso de los acuerdos, se requiere institucionalizar escenarios que permitan encauzar y negociar conflictos e intereses contradictorios de manera consensual; de otro modo el acuerdo se puede convertir en su propio enemigo al intentar reemplazar la dinámica social por las negociaciones de las cúpulas. Para que la concertación se considere un ejercicio legítimo y conveniente, debe atender a los diferentes intereses y partes.

Al final de esta reseña sobre cien años de una búsqueda aún no concluida, nos resulta inevitable recordar al pensador brasileño Paulo Freire, cuando decía: “Como un ser inconcluso y consciente de su inconclusión, el hombre es un ser de la búsqueda permanente. No podría haber hombre sin búsqueda, de la misma forma como no habrá búsqueda sin mundo... esta búsqueda implica un sujeto, un punto de partida, un objeto... Pero, nadie puede buscar sólo. Toda búsqueda en aislamiento, toda búsqueda que se haga por intereses personales o de grupo, necesariamente es búsqueda contra los demás. Solamente en comunión es auténtica”.
