

**Boletín de la
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA**

**Año
1974**



Lima - Perú

Edición auspiciada por
Instituto HIPOLITO UNANUE

Boletín de la
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Año
1974



Lima - Perú

Edición auspiciada por
Instituto HIPOLITO UNANUE

Damos cuenta en este Boletín de las actividades de la Institución durante el año 1974, continuando así la tarea que nos fue encomendada, la que felizmente vamos cumpliendo regularmente desde el año próximo pasado.

En este año, la Academia celebró el 120º aniversario de la fundación de la Sociedad Médica de Lima, precursora de la Academia. Durante las actividades conmemorativas, se evocaron las etapas de la medicina nacional a través de nuestra historia y se ofreció una comprensiva visión de lo que puede esperarse en el futuro inmediato, proporcionalmente a nuestros recursos humanos y materiales.

En homenaje a los firmantes del acta constitutiva institucional del 7 de Setiembre de 1854, fue colocada en la sala de sesiones una placa conmemorativa, con la relación de nuestros ilustres precursores.

La intervención de los SS. AA. CC. nacionales en el programa científico de la Academia, en el presente año, confirmó la orientación de la Junta Directiva hacia una cabal integración académica a nivel nacional.

La relación de Académicos titulares figura actualizada de acuerdo con el programa de incorporaciones, hasta Diciembre de 1975.

Lima, Diciembre de 1974

JORGE VOTO BERNALES
PRESIDENTE

CARLOS BUSTAMANTE RUIZ
SECRETARIO PERMANENTE

SESION EXTRAORDINARIA DEL 29 DE MARZO DE 1974

Bajo la presidencia del A. Dr. Jorge Voto Bernales y con asistencia de los SS. AA. Drs. Soto, Arias Stella, Delgado Febres, Zapata, Fernández, Philips, Mispireta, Lanfranco, De la Flor, Caravedo y del Secretario Permanente A. Dr. Bustamante Ruiz se abrió la sesión a las 8 p.m. Excusaron su inasistencia por enfermedad los AA. Drs. Pezet y Manrique.

Se leyó el Acta de la anterior, que fué aprobada sin observaciones.

El Presidente manifestó que el objeto de la sesión era la presentación del Prof. inglés Dennis Burkitt, cuya semblanza sería hecha por el A. Dr. Arias Stella, el que se refirió a la personalidad científica del conferencista, cuyos trabajos de renombre mundial le han merecido distinciones singulares de la Comunidad Británica, especialmente por sus investigaciones acerca del llamado hoy Tumor de Burkitt y de la gran espiritualidad de este notable investigador, cuya presencia era un privilegio académico.

El Dr. Burkitt, en su exposición, describió cómo desde el inicio de su carrera prefirió dejar las comodidades metropolitanas y aceptó un puesto de médico colonial en Africa, donde pudo apreciar la epidemiología de un tumor cutáneo que afectaba especialmente a los niños, y cuya incidencia se daba mayormente en regiones de determinada altitud y longitud geográfica, por lo que dedujo estaba condicionado por el medio ambiente, la alimentación y determinada contaminación todo lo que tuvo plena confirmación anatómo patológica con posterioridad. Luego hizo hincapié en su profundo sentido religioso de la vida y la esperanza ultraterrena, así como reclamando mística y modestia de parte de los cultores de la medicina, donde quiera que ejerzan su noble profesión.

Al término de su presentación, el Presidente A. Dr. Voto Bernales agradeció al conferencista por su documentada exposición y le entregó el Diploma que lo acredita como Miembro Correspondiente Extranjero de la Academia Nacional de Medicina del Perú.

Tras lo cual levantó la sesión. Eran las 9 y 30 p.m.

SESION DE ELECCIONES DEL 10 DE MAYO DE 1974

Bajo la presidencia del A. P. Dr. Jorge Voto Bernales y con la asistencia de los SS. AA. Drs. J. Avendaño, D. Acevedo, R. Alzamora, A. Sabogal, A. Peralta, V. Zapata Ortiz, G. Pezet V. Manrique, R. Cornejo, E. Bancalari, A. Mispireta y del Secretario Permanente A. T. Dr. Carlos Bustamante Ruiz, se abrió la sesión

a las 7.45 p.m., después de pasar lista a las 7.00 p.m., a las 7.15 y finalmente a las 7.30 p.m. y con el quórum reglamentario.

Excusaron su inasistencia los AA. Javier Arias Stella y Oscar Soto.

El Presidente manifestó que agradecía en esta ocasión, las sentidas manifestaciones de aprecio y condolencia que le hablan sido ofrecidas por los SS. AA. con motivo de su reciente duelo familiar.

Luego expresó que siendo el objeto de la sesión la promoción de cuatro Académicos Asociados a la condición de Titulares y la elección de cinco Asociados, se iba a proceder al ciclo eleccionario, por lo que pedía que el A. Secretario diera lectura a los artículos pertinentes del reglamento.

El A. Secretario Permanente dió lectura a los artículos señalados, así como la propuesta unánime de la Junta Directiva para la promoción y elección mencionada, a saber:

Para Académicos Titulares: Dr. Juan Philips, Dr. Manuel Salcedo, Dr. Carlos Lanfranco y Dr. Gino Costa, y para nuevos AA. Asociados los Drs. Luis Pinillos Ganoza, Sussie Roedenbeck, Alberto Cazorla, Roger Guerra García y Fernando Castillo Q.

Enseguida se procedió a repartir las respectivas cédulas, se recibieron los votos en forma secreta y se hizo el escrutinio, actuando como escrutadores los AA. Drs. Ernesto Bancalari y Ricardo Cornejo con el resultado siguiente:

Académicos Titulares:

Dr. Juan Philips	13 votos
Dr. Manuel Salcedo	13 votos
Dr. Carlos Lanfranco	13 votos
Dr. Gino Costa	13 votos

Académicos Asociados:

Dr. Luis Pinillos	13 votos
Dra. Sussie Roedenbeck	13 votos
Dr. Alberto Cazorla	13 votos
Dr. Roger Guerra García	13 votos
Dr. Fernando Castillo	13 votos

El señor Presidente manifestó que, habiendo obtenido unanimidad en la elección, quedaban elegidos como AA. Titulares los Drs. Juan Philips, Manuel Salcedo, Carlos Lanfranco y Gino Costa, y como AA. Asociados, los Drs. Luis Pinillos G., Sussie Roedenbeck, Alberto Cazorla, Roger Guerra G. y Fernando Castillo. Tras lo cual se levantó la sesión.

SESION DEL 12 DE JULIO DE 1974

Bajo la presidencia del A. Dr. Jorge Voto Bernalés y con asistencia de los SS. AA. Drs. Hurtado, Soto, Avendaño, Guzmán Barrón, Alzamora, Delgado Cornejo, Peralta, Zapata, Pezet, Fernández, Manrique, Cornejo, Salcedo, Philips, Lanfranco, Costa, Mongrut, Caravedo, De la Flor y del Secretario Permanente A. Dr. Carlos Bustamante Ruiz, se abrió la sesión a las 7.45 p.m.

Se leyó el Acta de la sesión anterior, que fué aprobada sin observaciones.

Luego se dió lectura a las disposiciones reglamentarias respecto al Premio Macedo y cuyo otorgamiento correspondiente a 1973 se iba a hacer a continuación, nota del Jefe de la Oficina de Registro Central de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en la que consta que el estudiante Sr. Roberto Argume había ocupado el primer puesto en su promoción.

A continuación el A. Dr. Zapata Ortiz hizo una adecuada alocución sobre los orígenes de este premio y la personalidad del Dr. Mariano Macedo, a cuya memoria ofreciera su sobrino el Dr. Carlos Morales Macedo, el monto del capital cuyos intereses bancarios constituyen, cada año, el complemento económico del diploma respectivo.

Luego el Sr. Presidente hizo entrega del diploma y el cheque correspondiente al Sr. Roberto Argume, felicitándolo en nombre de la Academia por la distinción alcanzada.

El Sr. Ricardo Argume agradeció, en frases adecuadas, el honor recibido.

A continuación el A. Presidente tomó la palabra para incorporar a los nuevos Srs. AA.. CC., expresándose en los siguientes términos:

SALUDO A LOS ACADEMICOS ASOCIADOS

Señores:

Cumplo uno de los más gratos deberes de la presidencia institucional al saludar el ingreso a nuestra Corporación de los Drs. Fernando Castillo Quiroga, Alberto Cazorla Telleri, Roger Guerra, Luis Pinillos Ganoza y Sussie Rodemberck, elegidos Miembros Asociados de la Academia Nacional de Medicina en la Asamblea Electoral efectuada el 10 de Mayo próximo pasado.

El cargo que ocupo impone obligaciones representativas de diversa índole; incluye aquellas simplemente decorativas y protocolares en actuaciones públicas —discutiblemente gratas para quienes más se interesan por lo esencial que por lo formal— pero también compensatoriamente grandes satisfacciones, como en el caso presente, cuando se conduce un ceremonial que es simultáneamente auspicioso, augural y consagratorio.

En efecto, el auspicio académico es significativo porque añade a las referencias institucionales que acreditan la producción científica realizada hasta el presente, el compromiso mutuo con esta organización de carácter oficialmente nacional pero independiente en su estructura y sus funciones. Es un reconocimiento cualitativo de la obra individual, a la que se asigna trascendencia histórica.

Igualmente importa destacar el aspecto promisorio y augural. La Academia se esfuerza actualmente por transformar principios y actitudes estáticas para adecuarse al ritmo y las exigencias contemporáneas. Está decidida a que su presencia intelectual no continúe latente, sino que sea animada y promotora, como lo fue en sus orígenes.

Por fin, el carácter consagratorio de la nominación académica no es sinónimo de estatutario: se consagra el esfuerzo individual más que la persona, cuyo valor queda realizado por la constancia inagotable en la búsqueda y el quehacer científicos. Sería estéril y fatal aspirar a coleccionar íconos fatigados; en su lugar aspiramos a reunir energías de proyecciones ilimitadas.

El ingreso a la Academia de grupo tan destacado de colegas afirma y garantiza nuestra continuidad institucional próxima ya a los 120 años de existencia, lo que confiere valor ejemplar a la organización médica republicana frente a las incertidumbres y temporaneidad de instituciones análogas.

La actuación a la que asistimos en estos momentos, es la culminación de un largo y meditado proceso de selección cuyas etapas conviene recordar. La Junta Directiva que me honro en presidir, ha tenido en cuenta las propuestas oportunamente solicitadas a las Sociedades Científicas Nacionales; luego, ha requerido el informe de una Comisión especial y lo ha analizado en sesión de gobierno; finalmente, ha convocado la Asamblea Electoral cuyo pronunciamiento reglamentario es por los dos tercios de los Miembros Titulares. Me complace declarar que los Srs. Académicos que intervienen en esta actuación, han merecido todos la aprobación unánime de los Señores Académicos. La misión fundamental de las Academias es salvaguardar el patrimonio intelectual y estimular los avances del conocimiento; sus realizaciones son cualitativa y cuantitativamente diferentes, según los recursos disponibles, la comprensión oficial y colectiva y las características del medio. Conocemos Academias Médicas Nacionales dotadas con ingentes legados individuales y cuantiosas subvenciones fiscales, que han permitido crear Institutos de Investigación de renombre mundial; conocemos otras, en las que un puñado de hombres sumó sus prestigios personales y organizó núcleos potenciales de estudio y esclarecimiento. Pero, no obstante estas diferencias, nadie discute el común denominador que

es la legitimidad de la inspiración creadora y la vocación humanista de los continuadores. Recientemente, se ha acentuado cierta tendencia crítica al elitismo académico. En realidad, no se trata de críticas específicas del academicismo como fórmula, sistema o aspiración en la cultura profesional, sino de una actitud genérica presuntamente reivindicadora de los valores colectivos. Asimismo, surgen objeciones sobre la proyección que puede esperarse de organizaciones donde la cronología promedial de sus miembros no coincide generalmente con la de mayor productividad.

Sería inoportuno debatir ahora estos temas, mas no lo es mencionarlos: considero que tales críticas deben influir en la actitud y estimular el esfuerzo de los dignos miembros de estas instituciones, de manera que la legitimidad representativa de que gozan se confirme incesantemente y que el devenir temporal no constituya peso que abrumba sino estratificación que eleva y perfecciona.

La Academia Nacional de Medicina del Perú tiene responsabilidades de amplia y distante proyección, respeta tradiciones médicas que se remontan a los lejanos orígenes de la medicina autóctona, y renueva su fé en la gestión de las nuevas generaciones profesionales. De ahí nuestra preocupación porque las limitaciones derivadas del convencional "Numerus Clausus" se compensen cualitativamente, mediante la idoneidad de sus miembros y la equitativa diversificación representativa de la mayoría de las Ciencias Médicas y los lugares de trabajo profesional.

Me asiste la convicción de que los distinguidos colegas que se incorporan hoy a la Academia, reúnen armoniosamente virtudes personales y calificaciones profesionales poco comunes. Sin desconocer que en el prestigioso Cuerpo Médico Nacional existe importante proporción de colegas cultos y abnegados que deseáramos invitar también a compartir nuestras tareas, considero que los ambientes profesionales donde trabajan los nuevos Académicos han de sentirse cabal y dignamente representados por ellos.

Voy a resumir los datos curriculares que han determinado cada elección individual:

1-) El Dr. Fernando Castillo Quiroga, graduado en 1954, continúa brillantemente la tradición médica de su familia; siguió estudios especializados de Neumología en Norteamérica y desde su regreso al país, en 1956, comenzó paralelamente su carrera docente en la U.N.M.S.M., y la Universidad Peruana Cayetano Heredia, y la asistencial como Jefe del Servicio de Neumología del Centro Médico Naval.

Ha asistido a Congresos Internacionales, es miembro de la Sociedad Peruana de Fisiología y Enfermedades Respiratorias; reúne un importante volumen de publicaciones de reconocido valor.

2-) El Dr. Alberto Cazora Talleri, graduado de Médico Cirujano en 1953, mereció las Becas de Química Elli-Lilly y John Guggenheim, en la Universidad de Chicago, y siguió cursos especiales de Fisiología y Metodología de Radioisótopos,

en Massachussets y Río de Janeiro, respectivamente. Su carrera docente y de investigador se ha desarrollado en el Instituto de Biología Andina, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y la Universidad Peruana Cayetano Heredia, en la que es Profesor Principal y Jefe del Dpto. de Ciencias Fisiológicas. Es Delegado del Ministerio de Salud en la Junta de Control de Energía Atómica; ha concurrido oficialmente a Congresos y Seminarios sobre Fisiología, Bioquímica y Educación Médica y su contribución bibliográfica alcanza 41 títulos.

3-) Reconocemos en el Dr. Roger Guerra García, a un joven e infatigable investigador y publicista médico, quien ocupa actualmente la alta posición de Director del Instituto de Investigaciones de la Altura y Profesor Principal en la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Es Director de Acta Médica Peruana, miembro de Organizaciones Internacionales de Investigadores, coautor de la obra "Población y Altitud" y autor de "Estudios sobre la gestación y el recién nacido en la altura"; ha contribuido con originalidad a la bibliografía médica nacional.

4-) El Dr. Luis Pinillos Ganoza, es representante autorizado de la Oncología y Radioterapia, especialidad que cultiva desde su formación universitaria. Ha desarrollado su actividad asistencial en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas; es, también, consultor en el Hospital Central de la F.A.P. y en el Hospital Loayza.

Ex-Presidente de las Sociedades Peruanas de Radiología y de Cancerología, y miembro de Sociedades Médicas Nacionales y Extranjeras. Entre éstas, se destaca su cargo de Consejero de Radioterapia en la Panamerican Médica Association, el de Titular de la American Society of Therapeutic Radiology. Ha tenido participación importante en la organización de congresos dentro y fuera del país. Su actividad docente se ejerce en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, además de su continua participación en los cursos de graduados en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas y las Universidades Provinciales.

5-) La Dra. Sussie Roedenbeck, es la primera mujer que ingresa a la Academia, lo que expresa nuestro reconocimiento hacia la contribución femenina en la medicina nacional. La Dra. Roedenbeck ingresa por la puerta grande, pues llega cargada de méritos, títulos y larga ejecutoria, científica y gremial. Mereció el premio Hipólito Unanue, de Fomento de la Cultura, en 1968, y la Medalla de Honor del Consejo Nacional de Mujeres del Perú en 1969. Ejerce las especialidades de Neurología y Pediatría en su posición de Jefe del Servicio de Neuropediatría en el Hospital del Niño.

Ha sido Presidente de la Asociación Médica Femenina del Perú, Primer Vicepresidente de la Federación Médica Peruana, y luego Presidente de su Comité Técnico; también fue Presidente del Consejo de Vigilancia Ética y Deontológica del Consejo Nacional en nuestro Colegio Médico; Presidente de la Sociedad Peruana de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía, y Vicepresidente para Latinoamérica de la Asociación Internacional de Mujeres Médicas.

Doy testimonio personal de su tesonera actividad científica, desarrollada en forma original y docente en la Escuela Neurológica Peruana; al hacerlo, evoco con admiración su presencia trascendente y significativa en nuestra común especialidad.

La breve enumeración que acabo de terminar, no es pródiga en adjetivos, porque dispone suficientemente de valores sustantivos; por eso, estimados SS. AA., os doy la bienvenida en nombre de la Institución, y os invito a participar en el noble quehacer académico, contribuyendo a que se aprecie con justicia y equidad el rol social de nuestra profesión, y se reconozca la necesidad y el derecho a la intervención médica en todas las decisiones que comprometan el futuro de la Comunidad Nacional.

Creemos que dependerá mucho del prestigio colectivo de la profesión, que es la suma de los méritos individuales, alcanzar ese reconocimiento y asumir tal responsabilidad. Vuestro ingreso se produce coincidentemente en el mes que celebramos el Aniversario Patrio, por lo que evocamos las figuras tutelares de los médicos patriotas que colaboraron en la gesta emancipadora, para que ellos inspiren vuestra colaboración institucional.

Luego se procedió a imponerles la medalla correspondiente y entregarles el diploma que los acredita como tales.

En nombre de los nuevos AA. Asociados, hizo uso de la palabra el Dr. Alberto Cazorla, agradeciendo en su nombre y en el de sus compañeros el honor alcanzado, con el siguiente discurso:

Señor Presidente de la Academia;

Señores Académicos;

Señoras y Señores:

No es por antigüedad, ¡aunque lo parezca! ni por mayores méritos, sino por la gentileza de mis distinguidos compañeros, que me dirijo a ustedes para agradecerles en nombre de ellos y en el propio, el alto honor que significa nuestra elección como Miembros Asociados de la Academia Nacional de Medicina.

Acabamos de escuchar, señor Presidente, las palabras con que nos ha presentado relievando nuestra acción en el campo de las ciencias médicas.

Decir que son fruto de su benevolencia y de su caballerosidad, sería un rasgo de humildad de nuestra parte. Pero la humildad es una forma sutil de orgullo.

Por ello creemos que no debemos juzgarlas, sino agradecerlas profunda y emocionadamente.

Quisiéramos a continuación referirnos brevemente al nacimiento de nuestra Institución.

Al examinar los orígenes de las academias, vemos que no todas ellas siguen un mismo patrón, ni han nacido de la misma manera.

Quizá sí las primeras —de las que nunca oímos— y que ciertamente existieron miles de años antes de que existiese Platón y de que se hubiera sembrado el jardín de Academo— reunieron a la sombra de los árboles o a la luz de la hoguera, recientemente descubierta, a los hombres primitivos que intercambiaban sus ideas recientes acerca de la realidad que los rodeaba.

Y es probable que en este diálogo primitivo, conversando acerca de sus experiencias, sus ensayos y sus errores, fueran dando a luz a las técnicas de la caza, de la agricultura y de la medicina, bajo la dirección de los más hábiles y de los más inteligentes.

Y hablando de sus esperanzas y sus temores nació quizás la religión primitiva.

Y pasaron los siglos y los siglos. Y en Grecia, en el siglo VI, a. de C., comienza el hombre occidental a plasmar sus esfuerzos por comprender la realidad que lo rodea y su razón de ser en el mundo.

Y nace la Filosofía y como consecuencia de ella, y apoyada en el saber fáctico acumulado por el hombre a través de los siglos, aparecen los primeros hombres de ciencia.

Y es en Grecia, donde los discípulos se reúnen alrededor del maestro para el diálogo filosófico. Y con las escuelas filosóficas nacen las academias griegas.

Es la de Platón, en el siglo IV, a. de C., que se reúne en el jardín de Academo, la que les da el nombre genérico que ahora usamos.

Este nombre es consagrado por Cicerón en Roma, a comienzos de nuestra era, quien funda en sus jardines su Academia. En su diálogo, dice Cicerón "mis palabras no proclaman la verdad como los sacerdotes Pitios, pero conjeturo lo que es probable como un hombre corriente, y donde pregunto estoy buscando nada más que la verosimilitud".

La Academia no tiene la verdad, la busca.

En el Renacimiento, después del suspenso medioeval vuelve a aparecer este espíritu de búsqueda de la verdad. El hombre occidental empieza a dudar de sus propias creencias.

Y reaparecen pujantes las academias. En ellas no sólo se profundiza en el pensar filosófico o se cultivan las Bellas Artes. Las hay ahora dedicadas a las ciencias y se pide en algunas, como en la de Nápoles, como requisito indispensable para ser miembro de ella, el haber realizado un descubrimiento en ciencias naturales.

Es en Italia, en la Florencia de los Médicis, donde reaparecen estas instituciones, que se van extendiendo por Europa. Y ahora las Academias, con su nuevo espíritu se fundan como reacción a la línea oficial del pensamiento para abrir nuevos cauces y rechazar las verdades tradicionales. Y la interpretación de la naturaleza se basa cada vez más en la observación y la experimentación sistemáticas. Fundada así, en 1640 es la Royal Society, de Londres, siguiendo el pensamiento de Sir Francis Bacon, cuyo principal mérito es el haber enfatizado la necesidad de estudiar la naturaleza para comprenderla mejor y poder predecir su comportamiento y utilizar este conocimiento en provecho del hombre.

El desarrollo de la medicina moderna, solo ha sido posible gracias al conocimiento, generado por este enfoque científico.

Pero paralela y posteriormente, se fundan las Academias por otros mecanismos. Con la desaparición de los señores feudales, con el desarrollo de las naciones y el crecimiento del poder central, se fundan Academias, desde arriba.

Nace así la Academia Francesa en 1635, la Real de Prusia en 1700, la Real Academia Española en 1713, la Imperial de San Petesburgo en 1725. En ellas se reúne a los hombres de ciencia, a los filósofos, a los intelectuales de nota. Estas Academias tienen características particulares: Cuentan con el apoyo oficial y consagran a sus miembros. El ser académico da un "status" particular y superior en el mundo intelectual y científico.

Pero nuestra Academia no nace así. Fundada por los gestores de la Sociedad de Medicina, es hija de ésta y lleva como ella el espíritu del grupo de Heredia. Nace libre y de Lima.

Trae como las del Renacimiento espíritu de protesta activa contra la intrusión del gobierno de Iglesias en la marcha institucional de la Facultad de Medicina de San Marcos. Trae como la de Londres la actitud del hombre de ciencia que busca en la Academia la discusión metódica de los problemas médicos y trae por último un interés social manifiesto que se adelanta a su época, al centrar su problemática particularmente en la Salud Pública y la Higiene.

Sus fundadores: Ulloa, Odriozola, Villar y Macedo, entre otros representan lo más selecto de la Medicina de su época, y no por elección de arriba, sino siguiendo el impulso de los capaces, que lleva su espíritu Herediano, fundan la Academia, que ellos consagran por sus méritos.

La vida de la Academia de Medicina del Perú, que fuera reconocida oficialmente con este nombre en 1888, ha sido rica y fructífera.

Fueron entre otros célebres en el siglo pasado, los debates sobre la Fiebre Amarilla, en la Sociedad de Medicina que tuvieron como punto de partida el informe del Dr. Mariano Macedo. Los debates sobre el problema del cólera, en 1880, durante el gobierno de Cáceres. Como consecuencia de ellos y gracias a la actitud de la Academia, se logró que esta enfermedad no se propagase al Perú, al impedir el Gobierno que los barcos que venían de Chile desembarcaran sus cargas en nuestros puertos.

Y en este siglo, en los años cincuenta recordamos los que éramos jóvenes en esa época, la discusión genuinamente académica, aún no terminada, sobre la patogenia de la Enfermedad de Monge, celebrada en este local y en la que intervinieron, el propio Don Carlos, el profesor Hurtado, el Dr. Aste, el Dr. Merino, el Dr. Mori Chávez y otros ilustres académicos.

No ha sido la Academia ambiente para el ejercicio de la autoridad sino ágora de discusión donde los médicos peruanos expusieron sus ideas y teorías fundamentadas en la razón y en la experiencia. Ambiente de convencimiento, que no de imposición. Donde unos y otros vinieron a aprender con la humildad del hombre de ciencia. Humildad que como dijimos al comenzar estas palabras es una forma sutil de orgullo, en cuanto se basa en las luces de la razón y la experiencia, en la rectitud de la intención y la limpieza de propósitos.

Con este espíritu nos incorporamos a ella, y nos comprometemos a cumplir con las obligaciones que el cargo conlleva.

Tras lo cual se levantó la sesión. Eran las 9.45 p.m.

Actuaciones Conmemorativas del 120º Aniversario de la Fundación de la Sociedad de Medicina de Lima

El día Viernes 6 de Setiembre de 1974, en el local del Instituto Sanitas S. P. y siendo las 9.50 a.m., se iniciaron las actuaciones programadas para celebrar el 120 aniversario de la fundación de la Sociedad de Medicina de Lima, en el año 1854, y cuyas actividades se desarrollaron hasta 1868, en que se interrumpieron momentáneamente, para organizarse, a partir del 5 de Octubre de 1884 como Academia Libre de Medicina, siendo reconocida por el Congreso de la República como Academia Nacional de Medicina por ley del 16 de Octubre de 1886, con cuyo carácter continúa hasta la fecha. El Sr. Presidente A. Dr. Jorge Voto Bernales hizo un breve pero significativo recuerdo de estos sucesos y en seguida se procedió al desarrollo del temario:

LA MEDICINA EN LA HISTORIA DEL PERU

A) ESTUDIO RETROSPECTIVO.

"LA MEDICINA PRECOLOMBINA";
por el Dr. Fernando Cabiezes (invitado).

"LA MEDICINA EN LA COLONIA";
por el Académico Titular Dr. Carlos Bustamante Ruiz.

"LA MEDICINA EN LA REPUBLICA";
por el Académico Titular Dr. Oscar J. Trelles.

B) ESTUDIO PROSPECTIVO.

"LA MEDICINA Y LA INVESTIGACION";
por el Académico Asociado Dr. Alberto Cazorla.

"LA MEDICINA Y LA ENSEÑANZA";
por el Académico Titular Dr. Carlos Lanfranco.

"LA MEDICINA Y LA ASISTENCIA HOSPITALARIA";
por el Académico Titular Dr. Juan Philips.

"LA MEDICINA PRE - COLOMBINA"

DR. FERNANDO CABIESES

No está claro si existía una verdadera especialización en las técnicas o en el foco de interés en los procedimientos de adivinación según los diferentes miembros de esta casta religiosa. Sin embargo, puede intentarse una clasificación sobre la base de la estratificación jerárquica de la sociedad Incaica. Como veremos, esto debe haber llevado a una diferencia en el objeto de sus oraciones, adivinanzas y, desde nuestro punto de vista, de sus conocimientos médicos.

El puesto más elevado del sacerdocio incaico era el **Willac Umu**, o Sumo Pontífice, que era nombrado directamente por el Inca entre los miembros de su familia. Su preeminencia en la Corte Imperial era solamente secundaria a la del Inca mismo. Era la mayor autoridad concerniente a las actividades religiosas. Se dice que llevaba una vida santa: su dieta era frugal y hacia abstención completa del consumo de carne, de bebidas alcohólicas y de la vida sexual, viviendo la mayor parte del año en reclusión casi absoluta. Presidía las grandes festividades religiosas y en ellas se hallaba rodeado por una hueste muy eficientemente organizada de ayudantes que pertenecían generalmente al Ayllu de los **Tarpuntaes**, quienes no solamente ocupaban importantes puestos religiosos en la ciudad capital del Cuzco, sino que eran nombrados personalmente por el Willac Umu para ejercer su poder y autoridad en todos los centros poblados de importancia (*).

Era ésta una organización muy competente aunque complicada, que no discutiremos en detalle, excepto para recalcar que el hecho de ser elegido como miembro de esta institución era una de las dignidades mayores a que podía aspirar un individuo. Los sacerdotes importantes eran personas altamente estimadas en la comunidad e inspiraban en todas partes el respeto de la gente que los reconocía por sus cabellos largos (*), bien peinado, su túnica blanca de algodón y una capa negra o parda anudada sobre el hombro derecho y adornada con borlas de lana de colores. Se dice que llevaban una vida santa, y durante las festividades oficiales se pintaban la cara de negro y predicaban las verdades básicas de la religión del Sol.

Al lado de su papel muy activo como jueces y supervisores del sistema de tributación religiosa, y de su actividad intensa en la organización de las festividades oficiales, también estaban a cargo de las comunicaciones con el Sol, la Luna y las Estrellas, sus principales deidades. Estas divinidades no estaban en estrecha relación con la salud personal de los individuos, excepto quizás en lo que se relacionaba a los personajes que jugaban algún rol significativo en la comunidad. De acuerdo a esto, los sacerdotes de este numeroso grupo llevaban a cabo sacrificios y ceremonias relacionadas a la guerra, a los hechos políticos, a los eventos agrícolas y climatológicos y a otras circunstancias de importancia económica para el Imperio.

Sus actividades relacionadas a la Medicina estaban limitadas a asuntos de Salud Pública y recomendaciones generales, con algún acto ocasional relacionado a la salud de alguna persona distinguida. Para esto último no estaban mal dotados, desde que muchos de ellos habían sido originalmente electos entre los hombres santos que, por muchos años, habían llevado a cabo una práctica muy activa de la medicina mágica entre el grupo de practicantes independientes que discutiremos más abajo.

Su influencia política debe haber sido enorme. Respaldados por su excelente organización, su poderoso control sobre las cuestiones más importantes de la Corte, debe haber creado, en algún momento, un Estado dentro de otro Estado. Por eso no debe sorprendernos que el Inca se preocupaba de que el nombramiento de Sumo Pontífice o Willac Umu siempre estuviese bajo su control personal. En efecto, hay razones para creer que el nombre "Inca" solamente se convirtió en

título para el Emperador después de un conflicto entre la casta militar y el sacerdocio durante las primeras fases de la dinastía incaica. El título de Jefe Militar era "**Sinchi**" y, de acuerdo con Horacio Urteaga, el título de "Inca" existía desde el comienzo pero utilizado solamente en un principio para denominar la autoridad civil y religiosa.

El segundo Emperador, por ejemplo, se llamó **Sinchi Roca**; y existen suficientes indicios para suponer que hubo un cambio importante en el equilibrio de poderes antes de que el sexto Emperador adoptase el nombre de **Inca Rocca**. Este asunto, sin embargo, no puede asegurarse; solamente es una suposición que surge de estudiar con mente alerta el bien integrado recuento histórico que los Incas fabricaron una vez que su organización política había sido establecida.

Cuando el **Inca Wiracocha** (el octavo Emperador que adoptó el nombre de Dios Invisible y Todopoderoso que dirigía los movimientos del dios Sol) llegó al poder, tuvo serias dificultades políticas que no pudieron ser completamente borradas de la memoria de los depositarios de las tradiciones del Imperio. El jesuita anónimo, que recolectó una gran cantidad de leyendas e informaciones de su nuevo rebaño, escribía que este Emperador tuvo que librar una feroz batalla política para mantener su autoridad sobre una de las cuatro regiones del mundo, el **Chinchaysuyo** porque en su tiempo el sacerdocio, cuyo poder era casi ilimitado, provocó un movimiento subversivo que casi destruyó la unidad del Imperio. Su hijo, que más adelante tomó el nombre de **Inca Pachacútec** y que es considerado como un organizador excelente, tomó el comando de los ejércitos, y con gran dificultad, tuvo éxito en convertir una derrota en victoria, enviando al Cuzco al dirigente de la revuelta, llamado **Hanta Huayila**, y a una multitud de **sacerdotes** que fueron degradados y severamente castigados en la capital. Cuando Pachacútec llegó a ocupar el trono de Inca, continúa el escritor jesuita, reformó totalmente las leyes y reglas del **sacerdocio** estableciendo así su fama como Reformador del Mundo.

Entre otras cosas, decretó que los **sacerdotes** deberían ser escogidos entre la gente común, y por consiguiente, deberían estar sujetos a la ley común y a la pena de muerte cuando ésta estuviera indicada. Y su sucesor, el **Inca Túpac Yupanqui** confirmó estas ordenanzas y las perfeccionó incluyendo una nueva regla que permitía que las mujeres pudieran ser ordenadas **sacerdotisas**. Como veremos más abajo, esto resolvió solamente en parte el problema, ya que los hombres santos (y las mujeres santas, desde entonces), continuaron constituyendo un serio problema en la organización vortical del Imperio.

Fué este mismo Emperador Túpac Yupanqui, el que, de acuerdo a Huamán Poma, un cronista de sangre india, dió órdenes específicas prohibiendo la cirugía. Si uno trata de interpretar la mezcla compleja de castellano antiguo y quechua con la cual este cronista trató de comunicarnos sus conocimientos sobre estas ordenanzas, es fácil adivinar lo que arriba exponemos, del texto siguiente: "Y mandamos que los barberos y cirujanos (Hampicamayos), Sangradores (Circac), Veedores de heridas (Kichi o Kauchikauan) curan solo con hierbas... (*)"

Parece que este Inca siempre mantuvo un cierto prejuicio contra los **curanderos**, pero éstos lograron en todo momento mantener sus derechos y ejercer su influen-

cia en la Corte misma. Juan Santa Cruz Pachacútec nos dice a este respecto que cuando Huayna Cápac nació, su padre Túpac Yupanqui indultó a todos los hechiceros gracias a la intervención de la Coya. Habían sido sentenciados en secreto para ser ejecutados, y la esposa del Inca logró obtener el indulto con motivo del nacimiento del heredero. Sin embargo, nos sigue diciendo el cronista indio, aunque Túpac Yupanqui siempre fué muy severo con los hechiceros y los brujos, éstos nunca desaparecieron del Imperio, y por el contrario, se multiplicaron en número.

Otro episodio interesante en la relación existente entre la Corte Imperial y los magos y curanderos independientes es relatado con un cierto tono irónico por el mismo cronista. En su enredado discurso, mitad quechua, mitad español, nos cuenta que cuando **Yahuar Huáccac** era aún príncipe, sufrió una de las crisis que le aquejaba, durante las cuales lloraba sangre. Su padre, el Emperador Inca Rocca, decidió entonces reunir a los hechiceros, magos y curanderos de todo el Imperio con el objeto de interpretar las verdaderas razones y causas de este fenómeno oftalmológico. Continúa diciendo el cronista que el asunto era tan importante que vinieron miles de estos curanderos y brujos desde todo el Imperio e invadieron el Cuzco en tal cantidad que no había lugar para ellos en todas las canchas y habitaciones de la capital. Una concentración gigantesca de sabios en la Ciudad Santa, que evidentemente no estaba preparada para este congreso médico tan exitoso, debe haber producido cierta reacción desagradable en la Corte, especialmente porque el joven príncipe no estaba dispuesto a someterse a todos los ritos, pases, interrogatorios y tratamientos que proponían la multitud de médicos que habían acudido al llamado del Emperador. El Inca, continúa diciéndonos el cronista, no quiso prestarse a confiar sus secretos y a contestar todas las preguntas de los sabios, pues esto rebajaba su dignidad. Por consiguiente, Inca Rocca los reunió a todos en una enorme asamblea y declaró públicamente que el número era demasiado elevado para poder ser de alguna utilidad. Finalmente dándoles toda clase de excusas, los despidió indicándoles que regresasen a sus lugares de origen, prometiéndoles que de allí en adelante les daría mayores libertades para ejercer su profesión.

También parece ser cierto que, durante el reinado de **Mayta Ccápac**, el papel de los curanderos y adivinos en los asuntos de gobierno llegó a ser muy prominente. La personalidad de este Emperador se encuentra rodeada por un misterio que se ha filtrado a través del cuidadoso recuento histórico que caracterizaba las tradiciones orales que posteriormente sirvieron a los cronistas para reconstruir los cuatrocientos años de régimen Incaico.

De acuerdo a Santa Cruz Pachacútec, es evidente que el padre de Mayta Ccápac, el Emperador **Lloque Yupanqui** sufría de un cierto trastorno glandular que le había impedido engendrar un heredero. Dice el cronista que este Inca no tenía el menor interés por el sexo femenino y que además era lampiño en forma total. Su falta de pelo facial era tan marcada y el gobernante debe haberse sentido tan señalado por este motivo, que pronto ordenó a todos los nobles que concurrían a su corte que se depilaran los vellos de la barba y del bigote con el objeto de no aparecer diferentes al Inca.

El padre Murúa, otro cronista, nos dice que Lloque Yupanqui se encontraba profundamente deprimido porque no había podido engendrar un heredero y que un día, estando durmiendo su siesta, se le apareció el Dios Sol en forma humana y lo consoló diciéndole que no entristeciera pues pronto tendría un hijo que sería el heredero que buscaba.

No importaba que estuviera viejo y que no tuviese ningún interés en el sexo femenino. El hijo vendría...

Al enterarse de esto, continúa Murúa, los parientes del Inca decidieron buscarle una esposa. Su hermano, un robusto joven llamado **Manco Sacapa**, conocedor de la escasa virilidad del Inca, buscó una mujer que se adaptara a las circunstancias. La encontró en una población cercana llamada **Oma** (actualmente conocida como San Jerónimo). El nombre de la mujer era **Mama Cava**. En ella, Lloque Yupanqui engendró un hijo y éste fue llamado Mayta Ccápac.

Excepto por alguna descripción un poco burda de los amores de Lloque y Mama Cava, los historiadores de la época evitan la falta de delicadeza de explicar cómo la recién casada se "adaptó a las circunstancias" cuando Manco Sacapa e propuso a dos leguas del Cuzco, que tuviese un hijo para Lloque Yupanqui. Pero la diplomacia literaria de los cronistas no termina aquí. Tanto Sarmiento de Gamboa como Santa Cruz de Pachacútec nos dan mayor información sobre la niñez temprana de este heredero tan deseado: Mayta Ccápac, nos dicen, nació tres meses después de haber sido engendrado por Lloque Yupanqui y parece ser que, para beneficio de las necesidades políticas del Imperio el jovencito nació con dientes; y cuando cumplía un año de nacido ya tenía la apariencia y la fuerza de un muchachito de ocho años. Apuradamente siguió creciendo lo más rápido que podía y, cuando tenía dos años de edad, era un muchachón fornido que podía derrotar en lucha singular a cualquier adulto que se le pusiera por delante.

Este prodigioso joven, llamado por algunos historiadores el Hércules Incaico, desarrolló lógicamente una personalidad arrolladora, como Salinas y Córdova nos cuentan, era un joven muy valiente en la guerra y muy melancólico en la vida privada. Era un profundo devoto de los dioses del Tahuantinsuyo y se constituyó en un severo juez de todos los que pecaban contra asuntos religiosos, especialmente algunos hechiceros y brujos heterodoxos. La mayor parte de las crónicas señalan que Mayta Ccápac "era un hombre muy sabio que conocía mucho de medicina y tenía gran capacidad para adivinar el futuro". Su reinado está especialmente marcado por la influencia que en esa época tuvieron los magos y los astrólogos. El mismo era un **mago y curandero** y dedicaba la mayor parte de su tiempo a la meditación y a realizar ayunos severos y prolongados. Administrador capaz del alma humana, sabía cómo obtener ventaja de la influencia que los hombres santos del Imperio tenían sobre la comunidad, con objeto de mantener la paz en su Corte. Aún su vida privada fué influenciada por esta vocación **religiosa y médica**, pues casó con Mama Tarpu Ccori, del ayllu de los Tarpuntaes (la más pura casta sacerdotal), y le dió el nombre de Mama Coca en honor al árbol sagrado.

De acuerdo con Santa Cruz Pachacútec, Mayta Ccápac se posesionó en tal grado de su rol de hombre santo, que organizó en el Cuzco una enorme conven-

ción de todos los ídolos y dioses del Imperio bajo el pretexto de honrarlos y llevar a cabo una solemne procesión y grandes festividades. Pero una vez que los había reunido les dirigió un discurso incendiario haciendo mofa de todos los que creían en deidades menores y ordenó de inmediato la destrucción de todos los ídolos de menor importancia, utilizando los despojos de estas imágenes como cimiento para un nuevo edificio. Se dice que en el momento más álgido de su discurso hubo un terremoto. Si esto es metafórico o no, no lo podemos decir ahora; pero la reacción de los dioses se hizo sentir casi de inmediato; Mayta Ccápac fué envenenado por su cuñada la curandera Mama Cusi Chimbo.

La implantación de la religión del Dios Sol en todas las áreas recién conquistadas, nunca se llevaba a cabo excluyendo las religiones tradicionales de cada región. Los templos provincianos y las organizaciones sacerdotales que les servían continuaban su labor religiosa protegidos y estimulados por los nuevos gobernantes, en una amalgama local de religiones. Parece que, aunque las deidades conquistadas más importantes (o sus réplicas en miniatura convenientemente transportables) eran enviadas al Cuzco como rehenes rodeadas de honores y veneración; y aunque el sacerdocio oficial de estas teologías provincianas era obligado a cumplir algunas reglas de sumisión al Dios Sol, se les estimulaba a continuar la realización de sus ceremonias de adoración en los antiguos santuarios.

Algunas de estas mitologías locales se encontraban tan sobrecargadas de aspectos relacionados con la salud y la enfermedad, que no podemos dejar de mencionarlas como centros de desarrollo de las artes curativas en el Antiguo Perú.

En la parte norte del Imperio, por ejemplo, había el famoso culto de **Umiña**, también llamada la **Diosa de la Salud**. La deidad era una gigantesca esmeralda cuyo valor, según datos históricos, era igual a la suma de los tesoros de todos los templos del Imperio. Se encontraba exquisitamente tallada en la forma de una cabeza humana. A este santuario venían peregrinos de todo el mundo conocido en busca de salud y eran recibidos ahí por una amplia gama de sacerdotes que administraban cuidados médicos y oficiaban los sacrificios a la diosa.

En **Llammoc** había los templos de **Huari-Vilca** y de **Haca-Vilca** cuyos sacerdotes eran hombres lisiados. Por este hecho, los lisiados del Imperio concurrían allí a realizar sus preces y oraciones pidiendo salud.

En la costa central, uno puede todavía admirar las ruinas de la ciudad santa de Pachacámac, dedicada a la Deidad Todopoderosa y Omnipresente que mencionamos más arriba. Desde el vértice de una enorme montaña fabricada artificialmente, el templo del Sol domina todavía las destrozadas ruinas de adobe del viejo templo de Pachacámac —el Creador del Universo y del Tiempo— donde, de acuerdo con las tradiciones, un horroroso ídolo reinaba sobre la salud y el bienestar de la humanidad. Cerca de ahí, un poco más allá de las derruidas terrazas del templo, todavía puede verse un amplio espacio sembrado de columnas mutiladas que nos hace imaginar las enormes multitudes de peregrinos que, viajando a través de montañas y desiertos, llegaban a pedir al dios la curación de sus enfermos.

Y cerca del Cuzco, en el centro del Imperio, podemos ver una serie de pequeños templos y oratorios de las antiguas religiones locales que estaban manejadas por un sacerdocio independiente que recibía el nombre de **Huacahuanrimac**. El Padre Cobo, el Padre Murúa y Polo de Ondegardo nos hablan de que alrededor del Cuzco había más de 450 adoratorios con diferentes nombres. Probablemente había más aún. Y cada individuo tenía su propia devoción y sacrificaba y hacía ceremonias a estos dioses menores cada vez que se encontraba enfermo.

Por lo tanto, debemos considerar una segunda esfera de profesionales organizados que no pertenecían al clero oficial, pero que en muchas ocasiones y en diversas circunstancias se dedicaban a la práctica de las ciencias curativas en estrecha conexión con sus actividades mágicas y religiosas.

Finalmente debemos mencionar los curanderos y médicos independientes, los brujos, los hechiceros, los adivinos y una serie de otros profesionales en conexión con problemas de salud y enfermedad.

Tras un cuidadoso escrutinio de las fuentes históricas a nuestra disposición, podríamos llenar muchas páginas con diferentes nombres y descripciones de esta caótica multitud de curanderos profesionales cuya preminencia en la comunidad parece ahora tan difícil de entender. A los estudiosos de la civilización occidental, esto podría hacer recordar al desorden que existía en las actividades médicas durante el Imperio Romano.

La mayor parte de las viejas crónicas nos dan datos muy conflictivos sobre las técnicas, denominaciones y estado social de los curanderos peruanos, así como sobre su conocimiento y buena fé. Por consiguiente, la presente relación solamente debe ser interpretada como un esfuerzo de poner un poco de orden en el confuso panorama de la mediana folklórica del Antiguo Perú. Esperamos que esto pueda servir como base para una mejor comprensión de los problemas que de este estudio surgen:

Existían, por ejemplo, los **Ccamascas** (curanderos) y los **Sonccocoyoc** (inspirados, los que curan con el corazón), que adquirían sus conocimientos mediante secretos y métodos sobrenaturales impartidos por miembros de la misma familia, practicando sus artes curativas en los ciudadanos comunes. Eran hombres o mujeres que nunca intentaban curar sin hacer ofrecimientos y sacrificios a los dioses, ejerciendo así un típico acto de medicina mágica. Muchos de ellos alegaban haber sido investidos con el poder para curar mediante visiones o sueños de pacientes que habían tenido la misma enfermedad que ellos trataban de curar y, por consiguiente, se consideraban algo así como especialistas en determinada dolencia. Era natural, por lo tanto, que la mayor parte de las ofrendas y oraciones que realizaban en conexión con cualquier acto mágico, estuvieran dedicados al espíritu o al Dios que se les había aparecido en sus momentos alucinatorios.

Otros profesionales de este grupo habían sido iniciados en el arte de la medicina a través de su propia experiencia con una enfermedad determinada. Las crónicas dicen que era frecuente que cualquiera que hubiese tenido la experiencia de romperse un brazo o una pierna y hubiese curado o cicatrizado en un período más corto del que aparentemente era necesario, se hiciera especialista en curar unc

enfermedad semejante; y no eran pocos los que, habiendo realmente fingido tal enfermedad, alegaba haber sido objeto de una cura milagrosa y espontánea por intermedio de alguna visión o de algún dios. Desde entonces se convertían en objeto de atracción para sujetos que tenían dolencias similares, quienes acudían hacia ellos convirtiéndolos automáticamente en curanderos.

Otros recibían el nombre de **Allcos** y eran considerados como sacerdotes. En presencia de un paciente, consultaban a uno de los dioses menores, una deidad particular, muchas veces el dios personal o **conopa** del enfermo. Llamaban al dios o al espíritu redoblando con los dedos sobre tamborines manchados con sangre de cuyes, o haciendo ruido con redes llenas de cascabeles o con grandes campanas de cobre. Y cuando, después de estos ruidos mágicos, consideraban que el dios había llegado a la escena, le hacían preguntas y recibían en lengua críptica las respuestas sobre la salud del enfermo.

También había otros que se llamaban **Mosccoc** (soñadores). Estos adivinaban a través de la interpretación de los sueños. Los pacientes venían hacia ellos para preguntarles sobre el pronóstico de su enfermedad. Si era hombre el que los consultaba, le pedían su honda o su bolsa de coca, o su poncho o cualquier prenda de vestir. Si era una mujer, le pedían su cinturón o su **Lliclla**. Con estas prendas se iban a su santuario y dormían sobre ellas. Dependiendo del sueño que tuvieran, contestaban al día siguiente.

Algunas de las interpretaciones dadas al contenido de estos sueños nos han llegado a través de informaciones recogidas por los misioneros de la Conquista, y pueden ayudarnos ahora a penetrar un poco en el pensamiento mágico de entonces: El haber soñado en caminar a través de las aguas de un río, por ejemplo significaba la muerte o un viaje muy prolongado; una pesadilla trágica, también podía significar la muerte; y soñar con haber sido mordido por un perro o por una serpiente, significaba que el paciente en cuestión había sido envenenado o embrujado. Soñar con fuego significaba una enfermedad grave; soñar con un águila o un halcón significaba que el feto de una mujer embarazada era niño. Una niña estaba representada por una rana. Soñar con perros siempre significaba desgracia y soñar con la lana o con redes significaba tristeza. Soñar con una persona sin cabeza o sin manos significaba que lo que el hombre estaba deseando cuando concilió el sueño no sería realidad más adelante. Cruzar un puente significaba una separación prolongada de la familia, y soñar con que se había comido pescado era evidencia de que en un futuro próximo el sujeto de la investigación estaría en una borrachera.

Los hechiceros llamados **Cuyricuc** precedían todas sus curaciones con el sacrificio del cuy (*). El curandero mataba primero al cuy ahogándolo o estrangulándolo y después, utilizando la uña del pulgar, que la llevaba gigantesca y afilada, abría el abdomen del animal y miraba, las visceras tratando de interpretar la forma en la cual circulaba la sangre o se movían los intestinos.

Ceremonias similares eran llevadas a cabo por los **Pachacuc**, que colocaban una gran araña en un recipiente cerámico de boca ancha o sobre un amplio manto de lana. Después perseguían al animal con la punta de un palillo, hasta lesionar a la araña en una de sus patas. Una vez que lograban ésto, miraban a la araña

mitilada y determinaban, mediante sus movimientos, la localización y extensión de la enfermedad del paciente.

Los **Ayatupuc**, se encargaban de hablar directamente con los muertos, y los **Hechecoc**, adivinaban la enfermedad después de ingerir cantidades diversas de tabaco y coca. Otros, como los **Caviacoc**, recurrían simplemente a la ingestión de bebidas alcohólicas para entrar en un trance que les permitía diagnosticar la enfermedad, mientras los **Hachus**, hacían diversos pases mágicos con granos de maíz y con excrementos de animales. Existían también los **Virapiricos**, que obtenían su información mágica mediante el estudio del humo producido por la incineración de grasa de llama; y los **Calparicuc** que adivinaban por la suerte de la **calpa**, que no era otra cosa que mirar las entrañas de cualquier animal sacrificado no necesariamente cuy.

Había también otros como los **Wishas**, los **Leycas**, los **Rapiacs**, los **Asuac**, los **Macsas**, los **Plaches**, y una serie interminable de otras denominaciones que incluían toda clase de personalidades que no serán descritas en detalle, excepto por los **Ichuris** y los **Guacaues**, que merecen unos párrafos específicos.

El término **Ichuri** es derivado de **Ichu**, un tipo especial de grama que crece en las altas y frías punas de los Andes (*Stipa ichu*). Esta planta tiene significado mitológico obscuro y el Ichuri siempre utilizaba un manojo de esta grama para llevar a cabo sus tareas, tal como describiremos más abajo. El rol de estos profesionales en la comunidad era considerado muy elevado y eran venerados por todo el pueblo como personas santas, muy esenciales para el bienestar de los individuos y del grupo comunitario. La razón para este prestigio era que ellos eran los únicos que podían perdonar los pecados.

Como la enfermedad era interpretada como un castigo o una venganza de los dioses por algún crimen secreto, la salud se asociaba directamente con un estado de gracia obtenido mediante la confesión ante el Ichuri. Era una confesión extraordinariamente parecida al acto de la penitencia católica. El pecador acompañaba al Ichuri hacia un lugar secreto y aislado, y después de postrarse ante él, recitaba uno por uno todos sus crímenes, vicios y travesuras. Los malos pensamientos no eran considerados pecados. Solamente lo eran las acciones consumadas contra las leyes de la comunidad. Realizada la confesión, el Ichuri, que probablemente conocía a sus feligreses mucho mejor que nadie, se aseguraba de que ningún pecado ni ofensa quedasen ocultos en este acto confesional. Si no estaba satisfecho, castigaba físicamente y aún torturaba al pecador hasta que todo hubiera sido dicho. Después realizaba unos cuantos pases mágicos sobre el penitente y, tomando un manojo de ichu, la grama sagrada, lo lanzaba hacia la corriente de un río para que flotase aguas abajo. Con el ichu se iban todos los pecados y sus efectos adversos. Y con el ichu y con las aguas también se alejaba la memoria de lo sucedido, simbolizando el completo secreto de la confesión.

Cuando el confesor juzgaba que el penitente era un pecador inveterado o peligroso, podía, a su criterio, establecer las penas mayores. Una de estas penas consistía en traer con él un jorobado o algún lisiado congénito que iba con el penitente hasta la orilla del río. Con las aguas bañaba todo el cuerpo del penitente y entonces el lisiado, que se convertía así en verdugo, azotaba al pecador con ramas

de ortiga. Para este propósito existía en el Cuzco una pequeña hueste de lisiados congénitos, especialmente encargados de estos menesteres.

Los Ichuris juraban absoluto secreto de sus actividades antes de que se les permitiera trabajar en la comunidad. De acuerdo con la información a nuestro alcance, el Ichuri no era juez ni espía. Su santo ministerio consistía específicamente en liberar el alma humana de la contaminación maligna del pecado. Una vez que esto era realizado en completo secreto, el pecado era olvidado por los dioses y sus peligros ocultos quedaban controlados.

Es de suponer que esta confesión no era curativa, excepto cuando los síntomas del paciente eran psicogénicos. La mayor parte de las veces era una especie de ceremonia profiláctica a la que los individuos se prestaban periódicamente, o como un paso preliminar hacia un evento importante de su vida, tal como un viaje prolongado o una batalla. Pero en épocas de epidemia, hambrunas, sequías o cualquier otra catástrofe pública, se dice que los Ichuris eran los hombres más ocupados de la comunidad.

Para el individuo que requería los servicios del Ichuri, el acto de la confesión debe haber servido los mismos propósitos subjetivos que ahora se obtiene en el confesionario católico ó en el diván del psiquiatra. Una especie de catarsis mental que probablemente evitaba muchos síntomas psicósomáticos.

Y para el Ichuri, que nunca confinaba sus actividades exclusivamente a estos problemas confesionales, sino que también ejercitaba la magia y los procedimientos curativos, la información obtenida debe haber constituido, en muchos casos, una riqueza incomparable de conocimientos médicos o psicológicos.

Aunque los Ichuris tenían contacto muy estrecho con la comunidad, debido a la importancia de su actividad, habitaban frecuentemente aislados en las mesetas desiertas ó en los Andes donde crece el ichu. Llevaban una vida ascética de sacrificios y meditación, sufriendo frío y ayuno por largos períodos. Eran verdaderos santos de su propia religión, como frecuentemente se comenta en las crónicas españolas que los describen con gran admiración; y, debido a su influencia en la comunidad, eran los depositarios de la moral y de la buena ciudadanía. Queda sobrentendido que estos hombres eran escogidos muy cuidadosamente por las autoridades; y si algún sujeto era sorprendido ejerciendo esta profesión sin haber sido ungido apropiadamente, se le condenaba a muerte después de los mayores tormentos.

Si tratamos de correlacionar la información a nuestro alcance, podemos suponer que los Ichuris eran escogidos entre dos grupos diferentes de ciudadanos. La mayor parte provenía probablemente de la casta sacerdotal, ya sea de la religión oficial o de las mitologías provincianas. Hombres o mujeres de profundo entrenamiento religioso y de grandes conocimientos místicos, sinceramente devotos, con conocimientos sutiles y muy desarrollados del alma humana. Otros, sin embargo, deben haber sido escogidos entre los **guacaues**, un tipo de hombres santos que se originaban entre los ciudadanos comunes y que fueron descritos magistralmente en 1590 por el Padre Murúa.

Dice este cronista que los guacaues eran "médicos filósofos" que deambulaban desnudos por los sitios más aislados y desiertos de la tierra. Vivían en completa soledad y se dedicaban inatigablemente al estudio de las ciencias divinas y la filosofía. Desde el alba hasta el ocaso, miraban fijamente hacia el disco del sol, sin mover los ojos, y decían que en la incandescencia de esa esfera podían leer los grandes secretos de la humanidad. Algunas veces, durante días enteros, se quedaban parados de pié en las candentes arenas del desierto. Y no sentían calor. Otras veces, sopaban durante semanas el frío y las nieves de punas y ventisqueros. Vivían una vida simple y pura y nunca buscaban nada placentero... "teniendo como único objetivo, el encontrar las razones de la naturaleza..."

Las dificultades que tenemos ahora para concertar un cuadro congruente de las diferentes personalidades que se ocupaban en esos tiempos de la curación de los enfermos, probablemente son mínimas en comparación con la tremenda confusión en que deben haber incurrido los conquistadores españoles. Ahora vemos claro, por ejemplo, que muchos de los cronistas castellanos confundían las técnicas curativas con las profesiones, y con frecuencia usaron denominaciones de un acto médico o mágico para crear imaginativamente una nueva categoría de brujo ó de curandero. Lo más común debe haber sido que los sacerdotes fueran al mismo tiempo confesores, curanderos y hechiceros. Por consiguiente, aunque ahora tengamos que ocuparnos de una serie de denominaciones como si se tratase de diferentes ocupaciones, no debemos suponer que los profesionales que realizaban estas diversas actividades eran necesariamente diferentes personas. Y no es tampoco imposible que en su ávida búsqueda para correlacionar la cultura europea con la cultura incaica, los cronistas llegasen aún a crear nuevos términos que ahora nos llegan como vocablos quechuas originales, pero que pueden haber sido acuñados en un esfuerzo para transmitir conceptos difíciles de asimilar por la cultura castellana. Tal puede ser el caso de los términos **Hampicamayoc** y **Chukri-hampi-camayoc** que denomina al médico y al cirujano. A pesar de su significación etimológica clara (hampi medicina, camayoc: el que practica algo; chukri: un tipo de cuchillos), sólo algunos cronistas dan estos términos como títulos de los profesionales que resultaban contraparte de los médicos y cirujanos de la Europa Renacentista. La probabilidad de su verdadera existencia como médicos y cirujanos de la élite queda un poco oscurecida por el silencio de la enorme mayoría de cronistas que dejan de mencionarlos entre los numerosos tipos de profesionales que practicaban la mezcla de actos curativos y religiosos que constitulan lo que ahora estudiamos como Medicina Peruana Precolombina. Queda totalmente dentro del ambiente de la suposición y lucubración histórica la incógnita de si en aquellos tiempos un hombre podía dedicarse estrictamente a la profesión de médico sin ser simultáneamente sacerdote o mago. Con absoluta claridad, todos los relatos de actos médicos que encontramos en las crónicas del siglo XVI, ya sea anecdóticos ó específicos ó simplemente descriptivos, se encontraban mezclados con pases mágicos, sortilegios y ritos religiosos.

Ejemplos típicos de la asociación estrecha entre la medicina y la magia, pueden ser vistos en las leyendas precolombinas que fueron recogidas por algunos cronistas castellanos. Una, obtenida por Francisco de Dávila en el siglo XVI y traducida del quechua por José María Arguedas, nos habla de la maravillosa curación efectuada por un vagabundo llamado **Huatyacu:i** en el poderoso **Tamtañamca**,

curaca de **Cieneguilla**. Relátanse allí los diversos procedimientos adivinatorios que usó el curandero y la forma exitosa cómo derrotó la ciencia de curar de los imautas que rodeaban al paciente. Después de dar todos estos detalles de medicina folklórica, la leyenda continúa relatando las aventuras de este mago Huatyacuri en muchos otros aspectos de la actividad humana, no precisamente de naturaleza médica. Sus poderes de adivinación y magia mostraban tal versatilidad que podía llamar a los dioses en su ayuda con el fin de triunfar en concursos de danza, en apuestas de ingestión de bebidas alcohólicas y muchas otras actividades, siempre dirigidas a obtener ventajas económicas. En actos sobrenaturales podía producir de la nada lujosas prendas de vestir o podía llamar a los animales del campo para ayudarlo a construir un magnífico palacio en una sola noche. Finalmente, terminó por transformar a su rival en un venado salvaje y por convertir a la esposa de su enemigo en una piedra que todavía mira pasar a los turistas curiosos que van por el camino de Cieneguilla.

Pero estos poderes sobrenaturales que cada curandero mostraba y que eran tan intrínsecos a su profesión, no siempre constituían una cualidad conveniente. Mientras más poderoso y efectivo era considerado un curandero por sus pacientes, más responsabilidad tenía que asumir por sus errores; y existen muchas indicaciones de que éstos errores, o su incapacidad para cumplir con la curación de personajes importantes, podían terminar con severos castigos e inclusive con la muerte del curandero.

Está bastante claro, por ejemplo, que aún si los españoles hubieran llegado a la escena, los edificios y los tesoros del templo de Pachacámac, así como todos sus sacerdotes-curanderos habrían sido destruidos por la venganza de Atao Huallpa que juró castigarlos por no haber logrado curar a su padre Huayna Ccápac. El cronista Jerez nos cuenta que, cuando Atao Huallpa era prisionero de Pizarro en Cajamarca, vino un sacerdote de Pachacámac a visitarlo. Tan pronto como lo vió, el Inca prisionero se desató en insultos contra él y ordenó que todo el oro y la plata del templo de Pachacámac fuera arrancado del santuario y entregado a Pizarro.

El Padre Calancha también nos cuenta que si los curanderos demostraban ignorancia al curar a un paciente y el paciente moría cuando no había razón obvia para el desenlace fatal, el médico era juzgado como asesino del paciente. Después de matarlo, se le vilipendaba; y cuando el cadáver del paciente era enterrado, se ataba una sogá entre el difundo y el cadáver del médico que quedaba a la intemperie, fuera de la tumba, donde era devorado por las fieras y las aves de rapiña.

Era pues un asunto riesgoso eso de ser curandero en aquellos tiempos, y ésto fue experimentado en carne propia por un santo misionero español. Fray Diego de Ortiz, cuya muerte constituye una de las historias más espeluznantes en la dolorosa época de la Conquista. Este buen sacerdote español se había hecho muy amigo del Inca Tito Cusi, heredero del trono de Atao Huallpa, y vivía con él en la ciudad de Vilcanota (hay quienes creen que esta ciudad es lo que conocemos ahora como Machu-Picchu).

Fué un horroroso incidente que coloca a Fray Diego entre la lista de los mártires de la Religión Cristiana durante el tiempo de la Conquista. Convencidos

los indios de los poderes sobrenaturales de Fray Diego, no podían entender su incapacidad para resucitar al Inca, y esto precipitó tremendos castigos para el santo varón. Así era la amalgama entre la medicina y la religión en la mente indígena.

Mencionamos más arriba que el Inca Pachacútec, el Gran Reformador del Mundo, cambió las leyes del **sacerdocio** estableciendo que cualquier hombre o mujer del pueblo pudiera ejercer actividades **religiosas** a través de tres diferentes sistemas de selección:

En primer lugar, todos aquellos que nacían dentro de un Ayllu relacionado a las actividades sacerdotales podían ser elegidos para ello. Esto era tradicional; los vínculos familiares, extendidos al amplio concepto del Ayllu, eran de extrema importancia en el Antiguo Perú y muy frecuentemente determinaban la profesión de los individuos.

En segundo lugar, los que nacían bajo circunstancias especiales consideradas de significación mágica podían reclamar el derecho a ser investidos con poderes mágicos y curativos. Entre éstos estaban, por ejemplo, los llamados hijos del rayo, los **libiac**. Cualquier mujer que resultaba embarazada en forma inexplicable ó inexplicable, podía alegar ante las autoridades que un buen día —en medio de una tormenta o bajo un cielo tranquilo— un rayo la había fecundado. El embarazo era el resultado de este asalto divino, y naturalmente, el niño estaba predestinado a convertirse en un hombre santo ya que era el hijo directo de un dios con todos los poderes divinos inherentes a su santidad congénita. Otros, nacidos bajo dificultades obstétricas especiales como una presentación de pelvis ó un nacimiento general, si sobrevivían, eran considerados también como ungidos con poderes mágicos. En efecto, la actitud general hacia las anomalías congénitas, era claramente imbuída de pensamientos mágicos y, por consiguiente, un defecto físico de nacimiento era considerado con respeto y admiración. Finalmente existían aquellos que, con cualquier otra justificación real o ficticia, eran elegidos, o escogidos, o simplemente autorizados por las autoridades locales para practicar la hechicería o el curanderismo en una comunidad dada.

Esto último necesita un párrafo explicativo: en la bien organizada economía del Imperio, si un individuo no pertenecía a la poderosa élite que rodeaba al Inca —y éstos eran aproximadamente unos 50,000 individuos de una población total estimada en 14 millones— su sobrevivencia dependía exclusivamente de su capacidad y habilidad para trabajar. La gran mayoría de hombres y mujeres laboraba en los campos, en la construcción de templos, fortalezas y palacios, en los ejércitos y como criadores de ganado. Otros eran artesanos y recibían del Estado su alimento y vestido de acuerdo con su habilidad como carpinteros, joyeros, ceramistas, escultores, pintores, cantantes, poetas y mil otras actividades.

No habiendo desarrollado un sistema monetario, y con una reglamentación estricta de la propiedad individual, el concepto de riqueza o pobreza personal se encontraba esencialmente ligado a la capacidad para trabajar. En las épocas en que la guerra y la conquista política assolaban al país, los huérfanos, las viudas y los inválidos aumentaban las demandas sobre las fuentes gubernamentales para sus necesidades primarias. Por consiguiente, no es de sorprenderse que los

gobernantes Incas decidieran en determinado momento permitir el desarrollo de una **profesión liberal** —el curanderismo mágico— que progresivamente se estableció como una actividad bastante desorganizada dentro de la cuidadosa sistematización del Estado Inca. El Padre Cobo recalca que la gran mayoría de estos hechiceros eran "gente inútil pobre de la más baja ralea" y eran seleccionados por las autoridades de cada comunidad entre los incapaces para trabajar en otro tipo de actividades. En parte, ésto era hecho siguiendo la política general de los Incas de que ninguno de sus súbditos debería estar ocioso. Todos tenían que contribuir con algo al bienestar de la comunidad; y como esta ocupación de la hechicería era necesaria, ordenaron que fuese realizada por aquellos cuya edad u otra incapacidad no les permitiera realizar ningún otro tipo de trabajo. Hombres y mujeres, ancianos, jóvenes vagabundos, enfermos mentales, inválidos congénitos, escapistas, ociosos y muchos ciudadanos inútiles ó abúlicos, pronto encontraron en el decreto de Pachacútec una nueva forma de sobrevivir, y comenzaron a vagar dentro de la activa colmena comunitaria obteniendo su alimentación y su vestido de aquellos que requerían sus servicios como adivinadores, hechiceros y curanderos. De las sustancias alimenticias y prendas de vestir que utilizaban para sacrificar a los dioses y para realizar los ritos que necesariamente precedían a todos sus actos curativos, los hechiceros tomaban lo que necesitaban para su propio consumo alegando que, como no tenían fuerzas para trabajar en otras cosas, era justificable que vivieran de la ocupación que les permitía el gobierno. Añadían que Wiracocha, el Todopoderoso, tenía misericordia de los viejos y necesitados y que los dioses compadeciéndose de ellos, harían que sus pronósticos y sus actos médicos tuvieran éxito para que todas las gentes vinieran hacia ellos para remediar sus males.

Por consiguiente, el decreto del Inca, que permitió que cualquier ciudadano común pudiera hacerse curandero ó hechicero, no sólo contribuyó a minar el poder del sacerdocio oficial, sinó que también tuvo una meta esencialmente económica. Que esto fué así, está respaldado en muchos de los relatos de la época. Y que esto puede ser posible dentro del contexto de una sociedad progresista que se superó en su propia organización política, está reflejado también en los 600 años que duró una situación similar entre los Romanos, hasta el año 60 antes de Cristo. Hasta entonces, los que se dedicaban a la medicina en la Antigua Roma no podían ser ciudadanos y las artes curativas estaban en manos de rufianes, esclavos, ladrones y charlatanes.

A pesar de todas estas desventajas, la Medicina Incaica tenía, como todas las otras medicinas que pertenecieron a culturas superiores —la azteca, la maya, la asiria, la babilonia, la egipcia antigua—, un componente empirico-racional engastado dentro del fuerte cuadro de magia y religión que arriba hemos descrito.

En el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades internas —que pueden haber sido mal comprendidas en gran parte de los casos— la experiencia ancestral pasaba de padres a hijos y ponía a disposición del curandero innumerables hierbas y substancias curativas, muchas de las cuales tenían verdadero valor y justificaban el nombre de "grandes herbolarios" que Garcilaso dió a los médicos indígenas. Más aún, en medicina externa y en circugía donde la dolencia es objetiva, tangible, mecánica, el médico nativo estaba guiado por conceptos racionales,

curaba las heridas con aplicaciones tópicas, entablillaba las fracturas, llevaba a cabo trepanaciones craneanas, limpiaba quirúrgicamente las heridas utilizando calor, succión, masaje y otros procedimientos curativos de orden físico.

No debemos pensar, por consiguiente, que toda la Medicina Incaica era brujería o magia simplemente porque sabemos que la existencia de un fuerte complejo religioso alrededor de ella y de una evidente desorganización de la profesión médica. En efecto, si examinamos algunas de las nociones actuales que las masas humanas del mundo moderno tienen sobre la salud y la enfermedad, encontramos que también están preñadas de conceptos mágicos que ciertamente no constituyen la base del conocimiento médico moderno, pero que algunas veces son utilizadas con excelentes resultados como núcleo del tratamiento psicológico de algunas enfermedades orgánicas. Es posible, desde luego, que mucho de lo que ha llegado a nosotros como base esencialmente mágica de la Medicina Incaica, haya sido nada más que una atmósfera mística con la que el curandero indígena se rodeaba para aplicar procedimientos terapéuticos racionales y efectivos; y nunca sabremos con total exactitud si el médico pre-colombino realmente creía en la eficacia de sus pases, trucos y oraciones, ó si los utilizaba simplemente para captar la emoción y la confianza de su paciente. La sinceridad de la participación en el componente mágico-religioso de las artes curativas —sea médico, shaman, curandero moderno, hechicero o brujo— ha sido cuidadosamente analizada por Ackerknecht y constituye un interesantísimo y sugestivo aspecto de la medicina folklórica.

Sin embargo, aunque hay clara evidencia de la existencia de procedimientos racionales y empíricos con buenos resultados (tanto en la cirugía como en la enorme herencia de hierbas medicinales que fueron descubiertas y utilizadas por los antiguos peruanos), no tenemos ninguna indicación clara de que haya existido una verdadera organización científica del pensamiento médico. Flotando en una atmósfera mágica y religiosa, la enseñanza de la Medicina aparentemente nunca pasó del estadio de aprendizaje secreto. A pesar de los esporádicos decretos Incaicos relacionados con la Medicina, hay muchas indicaciones de que ningún aspecto de esta actividad profesional estuvo realmente organizado en forma ni remotamente paralela a su excelente sistema político. Por consiguiente, todos los peligros de una práctica médica sin control estaban presentes en la comunidad incaica y constituían serios obstáculos para el progreso integrado de la ciencia médica. Precisamente esta falta de organización profesional explica por qué algunos procedimientos terapéuticos aparecen o desaparecen sin razón obvia dentro de los horizontes paleopatológicos de cualquier grupo cultural del Perú Antiguo y también explica por qué las técnicas y las indicaciones variaban aún dentro de áreas vecinas y dentro del mismo período histórico.

Estos hechos deben tenerse muy en cuenta para evitar el frecuente error de hablar del médico peruano-pre-colombino en forma abstracta, como la expresión unitaria de un pensamiento médico organizado. Fácilmente se llega a la conclusión de que las ideas y técnicas médicas se encontraban vagamente interconectadas, y que la teoría que las respaldaba sufría el impacto continuo del pensamiento mágico. Los métodos profesionales variaron con toda seguridad de individuo a individuo, debido precisamente a la instrucción secreta y a la falta de con-

trol organizado. Indudablemente deben de haber existido médicos de mente muy superior entre los magos y curanderos que practicaban su ministerio en una forma racional, basada en la experiencia; y debe haber habido muchos otros en la misma localidad y en el mismo periodo histórico que practicaban sus artes curativas en formas muy alejadas del método racional, por lo tanto, uno no puede comprender ni generalizar sobre la base de lo que encuentra en un grupo cultural dado, y mucho menos tratar de construir, en un solo plano, un mosaico que en realidad tiene muchos estratos.

LA MEDICINA EN LA COLONIA

Por el Dr. Carlos Bustamante Ruiz

El complejo fenómeno de transculturización que se desarrolló en la América española en general y en el Perú en particular, durante los 329 años transcurridos desde aquel universalmente famoso 12 de Octubre de 1492 y el 28 de Julio de 1821 tiene múltiples aspectos políticos, sociales, económicos, culturales, religiosos y filosóficos, cuyo análisis e interpretación pueden facilitar la comprensión de la realidad geopolítica de las repúblicas emancipadas del colonialismo ibérico y del papel que desempeñan ahora dentro del concierto universal de las naciones.

Ese análisis apenas si se ha intentado por parte de los historiadores, economistas, sociólogos, educadores, higienistas, legisladores y estadistas, por lo que ha de aceptarse que las mejores páginas de nuestra historia están por escribirse y que es obligación moral de nuestros estudiosos descubrir el mensaje del pasado, ya que, en última instancia, si no interpretamos su auténtico sentido podría decirse que las generaciones que vivieron en esa etapa, han sido defraudadas por las que las sucedieron.

La medicina es un quehacer que se afirma en una tradición multiseccular, con continuidad en el tiempo y en el espacio.

Hubo, ciertamente en el continente americano, una medicina precolombina y ya se ha ocupado de ella el erudito colega que me ha antecedido en la exposición. Me toca ahora, desarrollar, en ajustada síntesis, el fenómeno socio-económico que significó la conquista y su ordenamiento virreinal, singularmente en cuanto a los médicos como tales, a los pacientes, a los métodos empleados, a los medicamentos disponibles, a las medidas higiénicas y preventivas, a los centros asistenciales, a la educación médica misma, a la investigación y a los resultados del afán higienista de la monarquía española. Séame disculpada mi personal interpretación de los hechos, siempre discutible y cambiante, pero admitiendo desde el inicio de esta presentación que el fenómeno "americano" fue un fenómeno re-

versible y que, en última instancia, si Europa conquistó América, ésta a su vez, por el proceso de transculturización, cambió el curso de la historia, como es fácil demostrarlo a poco que se ahonde en el estudio de lo ocurrido desde entonces en el llamado mundo occidental.

España aparecía en los días de la aventura de Pizarro como la gran conquistadora, la única nación organizada con soberanía independiente, plena de madurez política, cultural y religiosa en el mundo conocido. La conquista le iba a dar el soporte económico que a la larga sería causa de su perdición. Seiscientos ochenta y un años de dominación árabe representaron, asimismo, un interesante fenómeno social, desde el desembarco de Tarik en Algeciras, hasta la rendición de Granada por Boadibí. En ese lapso, los musulmanes impregnaron el alma española con esencias culturales que —hoy lo vemos claro— refinaron las formas de vida peninsular. En efecto, al lado de la lucha indeclinable contra el invasor, caracterizada por la rebelión, el heroísmo y el martirio, se desarrolló un movimiento intelectual sin par en la Europa medioeval, producto de una civilización cuya sede principal se encontraba en el Oriente. Herederos los sarracenos de la cultura greco-romana, unieron a ésta el helenismo alejandrino y hacia la mitad del siglo VIII, la primacía cultural pasó de Europa al Cercano Oriente. De allí irradió sobre los territorios del vasto imperio de Damasco y fue en España donde alcanzó su mayor esplendor, en la época en que, independiente del poder central, se creó el Califato de Córdoba. La cultura musulmana contó con dos grandes centros científicos: Bagdad en los siglos IX y X y España en los siglos X al XIII. Entre estos dos grandes focos de cultura se estableció una estrecha vinculación: los españoles viajaban con frecuencia hacia el "mundo musulmán de Oriente" y traían a la Península las producciones de la ciencia, del arte y de la literatura; y a su vez, viajeros y sabios de lejanos países venían a España trayendo las últimas conquistas de la cultura y de la civilización. Así se difundieron por el mundo los inventos de los árabes, tanto como los avances de la medicina griega y la medicina musulmana.

Sabemos, por testimonios innegables, que la medicina experimentó durante la Edad Media un gran eclipse cuyas causas no es éste el momento de señalar. Corresponde a los grandes estadistas árabes el rescate de la reconstrucción del pensamiento científico que floreció en el Mare Nostrum, desde los lejanos días de Pericles, Sócrates y Platón. Bizancio primero y Bagdad después, se superan en esa labor, cuyo período clásico se inicia en la décima centuria, en que Abderhaman III, Alhaquen II y Almanzor impulsan el desarrollo de la cultura protegiendo a los hombres de ciencia y a los escritores y fundando escuelas y bibliotecas.

Se produce como consecuencia de lo dicho, la aparición de figuras médicas musulmanas extraordinarias: Rhazes, el médico más célebre del Islam en el siglo X y uno de los más eminentes en la Edad Media. Avicena, nacido en Persia a fines de ese siglo X, autor del "Canon Medicinæ"; Avenzoar, natural de Sevilla y precursor de Stahl; luego Albucassis, célebre por sus intervenciones quirúrgicas, entre los siglos XII y XIII. Después Averroes y Maimónides, cuya plegaria tiene vigencia permanente en el corazón del hombre que ama la ciencia por la ciencia misma.

A estas grandes figuras sarracenas suceden luego, en la medicina española, nombres ilustres como los de Arnaldo de Vilanova, Raimundo Lulio y Alfonso de Guadalajara y el sevillano Diego Alvarez Chauca, que acompañó a Colón en su segundo viaje a América, así como Francisco López de Villalobos, que llegó a ser Médico de Cámara de Carlos V y Felipe II; Ruiz Díaz de Isla, Luis Lobera de Avila, Andrés Laguna, Gaspar Torella, Juan Pascal y Juan Montes de Oca.

La medicina española alcanza su época más brillante en el siglo XVI, en que sus universidades llegan a su apogeo, con sus tres grandes catedrales, Salamanca, Alcalá de Henares y Valladolid. A nombres anteriores se ha de añadir luego los de Luis Mercado, Francisco Vallés "El divino Vallés", a quien Boerhave consideraba el más grande comentador de Hipócrates, Gómez Pereira, que describió la vacuna antes que Sydenham en Inglaterra, cirujanos como Juan Fragoso, Francisco Arceo, que estuvo en México en 1516, Andrés Alcázar, Francisco Díaz, creador de la urología en España, Dionisio Daza Chacón Pérez de Herrera fundador del Hospital General de Madrid, fue cirujano de las galeras durante el reinado de Felipe II y, compartió el triunfo y la gloria de Don Juan de Austria en la batalla de Lepanto.

La fisiología tuvo en el siglo XVI su más alto representante en un genial espíritu español, Miguel Servet, verdadero adelantado de la ciencia en el Renacimiento. Nació en Tudela en 1511, descubrió la circulación menor de la sangre, y condenado y quemado por Calvino en la hoguera, fue un genio antidogmático, heresiarca absoluto, que pasó como explorador por todos los campos de la ciencia y en todos dejó un rastro de radiante luz. Otras grandes figuras de la medicina española del siglo XVI son la de Juan de Dios Huarte y Navarro, autor del "Examen de Ingenios para la Ciencia", y la de Francisco de la Reyna, para quien el Padre Feijoo reivindica el mérito del descubrimiento de la circulación mayor.

Este es, en apretada síntesis, el panorama de la medicina española en los siglos XV y XVI, que no desmerecía de las grandes luminarias con que en otros campos, España entraba en el libro de la historia cuando culmina la gesta de la Reconquista con la unidad política de Castilla y Aragón y la Península andante sale a conquistar el Nuevo Mundo embarcada en el sueño del gran iluso genovés.

Se encontraban en el momento de la conquista del Perú, dos grandes culturas con estructura imperial. La integración se había de cumplir a través de un lento proceso de asimilación socio-económica. Aparentemente, la civilización europea imponía formas existenciales superiores y la explotación del hombre y de la tierra eran el requisito indispensable para el enriquecimiento de los conquistadores y de sus soberanos. En realidad América, conquistada, explotada y despojada, influyó decisivamente en el movimiento de renovación universal que fue el Renacimiento, contribuyendo al desarrollo extraordinario de la medicina española y en ge-

neral europea. En efecto fue principalmente en los dominios españoles de América, desde fines del siglo XVI hasta la primera mitad del siglo XVIII, donde se realizaron la serie interrumpida de hallazgos y descubrimientos que debían impulsar las Ciencias Naturales, y por consiguiente, la Medicina. Este hecho, de trascendental importancia, constituye una de las influencias más eficaces de América en la cultura occidental.

La fundación de Lima, desde el punto de vista sanitario fue un hecho empírico, del que hoy nos lamentamos por causa de su excesiva humedad y falta de visibilidad. Se ha sostenido, por parte de críticos acuciosos, que Pizarro y sus hombres la prefirieron al Cuzco, lógica sede del Gobierno, para estar cerca del mar si era necesaria la fuga.

En el mismo año de la fundación de Lima, Carlos V daba una ley que prohibía ejercer la medicina o la cirugía a aquellos que no tuvieran grado.

Almagro tuvo en su ejército como "cirujanos" para que cuidaran de él, de su casa y de sus tropas, a los bachilleres Enriquez y Marin, graduados en alguna universidad de España. En 1537, Hernando de Sepúlveda se presenta ante el Cabildo de Lima para pedir se le autorice y refrende en el cargo de Protomédico, en el que dura hasta Julio de 1539. Según Eguiguren, fue médico de Francisco Pizarro. En 1538 se autoriza a Juan de Sant Pedro y a Juan Cantalapiedra, para que ejercieran la cirugía. En esos días sólo había en Lima una botica, la que tenía las "medicinas muy dañadas". Las actividades del "Substituto del Protomédico", título que se daba antes de que fuera instituido el Real Tribunal de Protomedicato, eran controlar la profesión médica, imponer multas, reconocer títulos, vigilar la marcha hospitalaria, luchar contra el charlatanismo. En los libros de Cabildos se consignan estas actividades que representan el prólogo obligado a la reglamentación de las profesiones médicas, la que ejercerá el Tribunal que se inaugura en 1570. Con Vaca de Castro viene el Licenciado Alvarado de Torres, que actuará como Substituto de Protomédico, llegando a desempeñar la Alcaldía de la ciudad de Lima. Fué médico del Virrey Conde de Nieva y era médico muy experto.

En 1556 se nombra Médico del Hospital de Españoles al Licenciado Aguilar y al Doctor Meneses.

En 1555 había ya muchas boticas en Lima y se fijó tasa y arancel para que los boticarios no abusaran en la venta de las drogas.

La política sanitaria de los gobernantes españoles tiende a fomentar la asistencia social en la Colonia. Carlos V, desde su retiro de Fuensalida, dicta en 1541, la siguiente ley: "Encargamos y mandamos a nuestros Virreyes, audiencias y gobernadores, que con especial cuidado provean que en todos los pueblos de españoles e indios de sus provincias y jurisdicciones, se funden hospitales donde sean curados los pobres enfermos y se ejercite la caridad cristiana". Treinta años

más tarde, Felipe II indica que cuando se fundare una población, se tenga cuidado de construir un hospital para pobres y enfermos de enfermedades que no sean contagiosas y junto a ellos las iglesias. Los Virreyes estaban encargados de visitar periódicamente los hospitales, vigilar su construcción, la distribución de sus rentas, para que esto llevara un mayor consuelo y alivio a los enfermos".

"La caridad y la filantropía, fueron el motor animico de la asistencia. El **derecho divino** de la autoridad monárquica, dogma político de la época, aparejó asimismo el **deber divino** de velar porque la piedad hiciera menos dura la condición de los súbditos de España. La Iglesia, dice Paz Soldán, que condividia en parte esta autoridad y las órdenes Hospitalarias, que bajo la advocación de San Juan de Dios, de Pedro de Batancourt, las más importantes y otras menores bajo los patronatos de San Camilo y de San Hipólito, vinieron a compartir con la Corona tamaña empresa de fraternidad.

Misioneros y filántropos dieron forma a la piedad colectiva. La religión, como dice el pensador Ricardo Jorge, elevando la caridad a rito y a regla de moral colectiva, creó las instituciones hospitalarias en donde se desarrolló la medicina moderna radicalmente oriunda de ese impulso altruista y al influjo del cual modeló su propio carácter humanitario y social. El hospital así creado, será desde un comienzo centro de enseñanza. A su vera está el altar de Dios y el de la Ciencia.

En marzo de 1538 se edificó en Lima el primer hospital en la Rinconada de Santo Domingo. Pedro Alonso de Paredes y Diego Guzmán fundan el hospital de San Cosme y San Damián. El Beaterio de Camilas nace para las mujeres atacadas del "mal del cancro".

"El Hospital Real de Santa María de la Caridad", fue construido bajo el patrocinio de la Hermandad de la Caridad y la Misericordia. Hacia el año 1549 se dió comienzo a la edificación del Hospital de Santa Ana, destinado para la "curación de los miserables indios que morían como bestias en los campos y en las calles". Fray Jerónimo de Loayza, Arzobispo de Lima, fue el prelado que llevó a cabo esta benéfica obra. A poco de fundado se asistían 300 enfermos diarios. En 1642, casi un siglo después, tenía dos cruceros uno para hombres y otro para mujeres, con cuatrocientas camas en algunos casos, porque se curaban allí indios de todo el reino. El crucero era un modelo arquitectónico en que confluían cuatro salas a un centro, como en la cruz, para que los enfermos desde sus cuatro posiciones pudieran mirar la Imagen del Redentor, enclavada en ese centro crucial, para facilitar su redención antes del momento supremo de la muerte. Un siglo después de su fundación habían muerto en él 50 mil indios. El Hospital de San Lázaro, para leprosos, fue construido en tiempos del Virrey Conde de Nieva y del Arzobispo Loayza. Ocupaba el lado derecho de la plazuela actual de San Lázaro.

En 1646, Fray Bartolomé Vadillo, de la Orden de San Agustín, funda el Real Hospital de San Bartolomé, originalmente creado para negros enfermos y necesitados. En 1651, el hospital de negros dejó el humilde albergue original, fundándose con mayor comodidad y terreno, el de San Bartolomé, en el mismo sitio que hoy ocupa.

En Trujillo se construyó el Hospital de San Sebastián, en 1551; en el Cuzco, el de San Lázaro en 1555; el de Huamanga en 1556; el de Nuestra Señora de los Remedios, en el Cuzco, en 1556 y el del Espíritu Santo en 1581. En el de Huamanga se inmortalizó Pedro Fernández Barchilón, natural de Córdoba, soldado pizarrista que indultado por La Gasca, cumplió humildes funciones de enfermero, quedando su nombre como símbolo de función hospitalaria subalterna. En 1559 se fundó en Arequipa el primer hospital en el sitio de San Juan. En 1581 se fundó el del Espíritu Santo. En 1594, según relata Valdizán, Santo Toribio de Mogrovejo fundó en Lima el Hospital de San Pedro, para Clérigos. En 1548, La Gasca funda el primer Hospital Militar.

En cuanto a la docencia, el 12 de mayo de 1551 por Real Cédula firmada por la Reina Madre Juana y el Emperador Carlos V y a solicitud de Fray Tomás de San Martín, de la Orden de los Dominicos, se funda la Universidad de San Marcos de Lima, con las mismas prerrogativas que la de Salamanca. En 1571 los Rectores de la Universidad, Sánchez Renedo, Meneses y Franco, redactaron las primeras constituciones y en ellas se consignaban cursos de medicina y grados doctorales en esta materia. En la Cátedra de Artes, leían Meneses y Sánchez de Renedo, la *Articella* de Galeno y el Canon de Avicena, para "atraer a los jóvenes artistas al estudio de la medicina". Fue en tiempo del Virrey Toledo, en 1576, que se acordó en el Claustro, establecer dos cátedras de medicina, Prima y Vispera. Gaspar de Meneses, por el año 1572, fue electo Rector de San Marcos, siendo el primer médico que ocupaba tan elevado cargo. Natural de Extremadura, estudió medicina en Sevilla, graduándose de Maestro de Artes en 1555. Era, además, médico del hospital de españoles. Antonio Sánchez Renedo sucedió a Meneses. Había nacido en Granada y fue nombrado Protomédico del Virreinato y primer Presidente del Real Tribunal del Protomedicato, en febrero de 1568. Francisco Franco, fue un Cirujano distinguido que se había graduado en Montpellier. Fue Maestro de Artes y Rector de la Universidad en el período 1586-1587. Era médico del Hospital de Españoles de San Andrés.

La llegada de la primera Imprenta a Lima fue un acontecimiento trascendental para las letras y las ciencias. En 1584, Antonio Ricardo instala su primera Imprenta. José Toribio Medina dice que Lima fue la primera ciudad de América del Sur que contó con una imprenta.

El control de la profesión médica entra a un cauce legal cuando aparece el Real Tribunal del Protomedicato. Desde la época del Rey Alfonso III de Aragón (1285-1291) se estatuyó que los que iban a ejercer la profesión de medicina, fueran sometidos a examen. Un siglo después, Don Jaime I de Castilla, nombró los Alcaldes Mayores Examinadores, que eran asesorados por el médico de la Casa Real. Todos ellos formarán posteriormente el Tribunal del Protomedicato. La primera profesión que fue sometida a rigurosa legislación en España, fue la Medicina. Históricamente, el año de 1422 se considera como el del inicio del Protomedicato, cuando Juan II creó un Tribunal de Alcaldes Examinadores, Jurado encargado de

tomar los exámenes a los que iban a ejercer la medicina. Enrique IV y los Reyes Católicos confirmaron esta privanza para el Tribunal. El Rey Felipe II, por Cédula de 14 de febrero de 1568 nombró al Dr. Francisco Sánchez de Renedo su primer Protomédico y Presidente del Tribunal de Protomedicato en el Perú. En 1588 el mismo Felipe II nombra al Dr. Iñigo de Homero su segundo Protomédico, cargo vacante por la muerte de Renedo. Unanue será el último Protomédico en una época en que el progreso de la educación, había restado importancia al protomedicato aún cuando no a la persona misma del Protomédico.

En efecto, en 1634, Don Luis Jerónimo de Cabrera y Bobadilla, Conde de Chinchón y décimo cuarto Virrey del Perú, solicita al Monarca la creación de dos cátedras de medicina, ordenando que se "lea" y enseñe medicina y se proceda al estanco del Soliman (muriato de mercurio) para su manutención, nombrando para la de Prima, a su médico de cámara Juan de la Vega y para la de Víspera, al Dr. Jerónimo Andrés Rocha, que había sido Catedrático de Filosofía en Sevilla, siendo curioso de anotar que hubo oposición ante el Virrey para dicha creación por parte del profesor de quechua, Dr. Alonso de Huerta, ya que temía que se redujera la asignación en favor del quechua para mejorar la enseñanza de la medicina.

En 1660 se consultó al Rey sobre la necesidad de que se creara una cátedra, la de Anatomía y éste pidió informes técnicos a su Virrey, el Conde de Santisteban, que opinó favorablemente. Fue la tercera cátedra que se fundó en el curriculum médico y la orden local fue dada en 1771, por el Virrey Don Diego Ladrón de Guevara, Obispo de Quito. Era Rector de la Universidad en esa época, el Dr. Melchor de la Vara. El primer catedrático de Anatomía fue el Dr. Pedro López de los Godos, en 1723. Unanue desempeñaría el cargo a partir de 1789.

En 1690 se instituye la Cátedra de Método de Galeno, siendo Virrey Don Melchor Portocarrero Laso de la Vega, Conde de la Monclova. El primer catedrático fue el presbítero Francisco Vargas Machuca. Cosme Bueno lo fue de 1750 a 1759. En esa cátedra de Método se leía en especial la Articella de Galeno.

A propósito de la carrera universitaria, debe consignarse que el gobierno español era celoso en "materia racial", no permitiendo seguir esos estudios a los mestizos, zambos, mulatos y cuarterones, y hubo necesidad de rogativas especiales en casos como el de Valdéz y Dávalos, para que el Monarca español revocara su Real Cédula y concediese gracia especial a los que no habían nacido directamente, es decir, que no eran de raza blanca y "tenían la nota de infamia de hecho con que están manchados". La Real Cédula mencionada fue firmada en Buen Retiro, el 27 de Setiembre de 1752, por Fernando VI.

La Cátedra de Prima estaba anexa al Protomedicato. Para ser Bachiller de Medicina, era preciso "ser Bachiller en Artes", estudiar cuatro cursos de medicina y tener una actuación de seis conclusiones "que la una de ellas sea de philosophia y arguirle hasta los DD y maestros que el Rector designara".

El grado de Licenciado, se obtenía después que el de Bachiller. Luego seguiría el grado de Doctor, que comprendía una ceremonia, con examen y todo, que se celebraba en la Catedral. Siguiendo el ejemplo de las Universidades españolas,

sobre todo las de Salamanca, Alcalá o Valladolid, el graduando debía someterse a un ritual pomposo, que consistía en tres partes: 1º, los festejos el día de la víspera 2º, la colación del grado; y 3º los banquetes, corridas de toros y otras fiestas.

Había de ocurrir que en la historia de la medicina en el Perú se diferenciara la cirugía como un quehacer complementario del arte médico. En realidad, durante casi toda la Colonia, la labor quirúrgica estuvo en manos de barberos, charlatanes, flebotomos y, en general, contraventores. Los cirujanos se entrometían en Medicina y los médicos protestaban violentamente y demandaban al Tribunal del Protomedicato el castigo de los culpables.

Para poner atajo a todo esto, Carlos IV, por Decreto de 1802, emite una Cédula y el Reglamento al cual habían de someterse los que ejercieran la Cirugía. Ya ésta se había separado de la medicina, desde 1801 y los Protomedicatos de Indias no tenían autorización para ver casos de Cirugía. Los próximos exámenes se rendirían directamente ante los Sub-Delegados de la Junta de Cirugía y un Secretario, que sería Profesor. Estos exámenes eran severos y se regían por cuestionarios iguales a los que se tomaban en los Colegios de Cirugía, en España. La Junta expedía títulos en igual forma que lo hacía la metrópoli y cuidaba de que se abstuvieran de ejercer los que no tuvieran licencia.

La misma Cédula establecía que debía haber una Junta Superior Gubernativa de Farmacia "que reglase las visitas a las boticas, los estudios de los boticarios, sus exámenes y lo demás anexo".

Interesante es consignar que cuando el Virrey Abascal crea el Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando, por la tenaz solicitud e insistencia de Hipólito Unanue y sus colegas de docencia, confía la edificación del local al licenciado Matías Maestro, cuyo nombre quedaría ligado al Cementerio de Lima, rompiéndose la tradición de enterrar los cadáveres, con hábitos religiosos, en las iglesias.

En el Perú prevalecía, en esos días de la Colonia, una patología tropical y propia, donde las epidemias se presentaban como consecuencia del curso natural del proceso socio-económico y del abandono, la incuria y la ignorancia, tal como continúa ocurriendo en nuestros días, y sin los recursos técnicos de que disponemos ahora. Miles y miles de indios, negros y españoles sucumbieron en estas numerosas epidemias. La promiscuidad, la falta de higiene y la exaltada virulencia a través de pasajes sucesivos, hicieron fácil su propagación y se sabe de muchas que recorrieron el Continente Sudamericano de Norte a Sur, con una rapidez asombrosa. Dichas epidemias, el trabajo en las minas, con las enfermedades profesionales propias de la extracción del plomo, mercurio, plata, oro y otros y la misma opresión política del elemento indígena contribuyeron fácilmente a la despoblación del Perú. Ha de añadirse a todo esto, la **agresión climática**, tan admirablemente estudiada por el profesor Carlos Monge Medrano, en nuestros días, y que en esa época maltrató sobremanera a los conquistadores en tal medida que es sabido que en San Luis de Potosí, no pudieron nacer hijos de españoles, hasta 70 años después de fundada la ciudad. La verruga, la viruela, el tifus exantemá-

tico, la desnutrición, las avitaminosis, la tuberculosis, la lepra, el parasitismo intestinal y la sífilis, constituían verdaderas plagas discutiéndose a propósito de la sífilis hasta nuestros días, si era de origen americano o europeo. El paludismo con sus famosas tercianas, contribuía a levantar los índices de morbilidad. Correspondería a la medicina popular, propia de la raza oprimida, entregar al mundo las virtudes maravillosas de la quina. Conocida desde tiempo antiguo por los naturales, ocurrió que un Cacique indio del pueblo de Malacatos, curó de fiebres intermitentes

al Corregidor de Loja, Don Juan López de Cañizares, merced a la intervención de un Jesuita Misionero. Cañizares a su vez, aconsejaría al Virrey Conde de Chinchón, el empleo de la corteza de la quina para curar las tercianas de su esposa, aun cuando se discute ahora si fue la Condesa o el propio Virrey, quien estaba enfermo de malaria. Sea de ello lo que fuere, lo real es que a partir de ese momento, la materia médica indígena regala al mundo la quina y sus virtudes terapéuticas, inaugurando la terapia específica y salvando innumerables vidas. Como consecuencia del beneficio recibido, el Virrey de Chinchón, crea las Cátedras de Prima y Vispera, como ya se ha mencionado, y las soporta con el impuesto del Solimán. Los naturalistas, a su vez, honraban al Virrey dando su nombre a la regia planta, conocida ahora como Chinchona Succirubra.

La medicina y sus cultores han recibido, a través del tiempo, por parte de los pacientes, halagos y diatribas, más de éstas que de aquéllas. No se trata sólo de la ingratitud o del olvido de tanto afán o de tan renovada erudición. Es, que, como escribiera alguna vez Don Gregorio Marañón, el paciente se rebela a través de la sátira, el chiste o la burla inocente o mal intencionada, contra las limitaciones a que lo obliga la enfermedad, tratando de ridiculizar o desprestigiar la figura del médico o los recursos de la medicina. Esas agresiones subconscientes han enriquecido el folklore costumbrista, la comedia y aun la literatura. Molière satirizó a los médicos en obras inmortales. Durante el Virreinato tuvo un émulo, de menores quilates pero de mayores dictiones, en Juan del Valle de Caviedes, poeta "galenófobo", como lo llama Valdizán y cuyo libro anti-médico "Diente del Parnaso", lo coloca como representante del criollismo, en la literatura del siglo XVII, dentro del género festivo y epigramático.

No resisto la tentación de copiar estas líneas de la dedicatoria: "Guerras físicas, proezas medicinales, hazañas de ignorancia, sacadas a luz por Don Juan Caviedes, enfermo que milagrosamente escapó de los errores de los médicos por la protección del Glorioso San Roque, abogado contra los médicos o contra la peste, que tanto mata. Dédicalo su autor a la muerte, Emperatriz de médicos, a cuyo agosto centro le feudan vidas y tributan saludos en el tesoro de muertos y enfermos...'

En su obra desfilan todos los médicos de la época, haciendo resaltar siempre el lado del ridículo y su ignorancia de la medicina, de la que él sólo conoció las miserias, que explota en sus versos, mas no en su grandeza, la que no pudo o no quiso ver, con sus lentes de bohemio.

Parte de esa grandeza corresponde a distinguidos cultores de la medicina virreinal. Por las limitaciones de este ensayo, mencionaremos algunos de entre ellos, reconociendo que los médicos de esos tres siglos, fieles a las mejores tradiciones hipocráticas, cumplieron abnegadamente su misión, enriquecida por la experiencia y limitada por el empirismo y el incipiente desarrollo de la ciencia misma. Cosme Bueno es la figura más brillante de esos días. Aunque nacido en Aragón en 1711, vino al Perú hacia 1730, es decir a los 19 años. En 1750, después de pacientes estudios, obtuvo la borla del doctorado en la Real y Pontificia Universidad de San Marcos. Ese mismo año, sus relevantes méritos lo llevaron a ocupar la Cátedra de Método de Galeno. Además se le nombró Médico del Tribunal del Santo Oficio y de los hospitales de Santa Ana, San Bartolomé y San Pedro. Bueno fue amante de la cultura clásica en Medicina.

Después nació en él la orientación clínica. En 1758 se le elige Catedrático de Matemáticas y Cosmógrafo Mayor del Reino. Prepara con meticulosidad sus llamados Almanagues o Efemérides, en que anota las incidencias físico-médicas de la población, una especie de Geografía Médica y Meteoro-Patología. Perteneció a Academias extranjeras, entre ellas la Médica de Madrid, que le otorgó dicho título en 1768 y la Vascongada en 1784. Murió en Lima en marzo de 1798. Fue uno de los primeros en trazar nuestra Geografía Médica y un precursor en materia de higiene. Publicó muchos opúsculos y fué considerado un gran médico entre sus colegas y contemporáneos.

José Manuel Dávalos, otro de los médicos de la época, nace en Lima en 1758, y tras estudiar anatomía bajo la dirección del Profesor Francisco de Rúa y Collazos viaja en 1784 a Montpellier, donde bajo la dirección de eminentes maestros como Fourcroy, Lavoisier y Chaptal, aprendió medicina, con una buena base naturalística. Luego va a París donde completa sus estudios médicos. De regreso al Perú, en 1789 fue nombrado profesor de Química en la Universidad. Como para el caso de Valdéz, hubo necesidad de una disposición real, que pasara por alto su impureza de sangre. En sus escritos, no acalla la voz interna de su "infortunio" y los sinsabores que le cuesta el haber nacido mulato. Dávalos fue un gran clínico, de igual categoría que Unanue, Tafur ó Valdéz. Por sus conocimientos terapéuticos, Dávalos por recomendación de Unanue es nombrado Catedrático de Materia Médica (Enero de 1809) accediendo el Virrey Abascal a esa petición. Dávalos murió en 1821.

Miguel Tafur y Zea, hijo de una familia pobre, nació en Lima el 29 de setiembre de 1766. Iniciado en el estudio del latín, que llegó a dominar con gran erudición, empezó sus estudios de medicina a los 15 años, teniendo como maestro a Bueno, Unanue y Juan de Aguirre, Catedrático de Prima este último, Protomédico y jefe de la Escuela llamada Empírica, la cual Escuela, dice Valdizán, "conceptuaba innecesaria la observación a la cabecera del enfermo", amordazando desde luego el criterio clínico. Tafur llegó a destacar como clínico y como profesor, labor docente con la que se identificó plenamente, pues creía que "la instrucción y educación de la juventud, son los más importantes deberes de la vida civil y moral".

En 1878 y en su cuarto intento, obtiene la Cátedra de Métodos de Curar o de

Galeno. Fue, como Unanue, un profesor en constante renovación científica. De 1809 a 1814, Tafur es Alcalde Examinador del Protomedicato, junto con el Dr. Vergara. En 1814, producido el retiro de Unanue del Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando, de reciente creación, Tafur es nombrado Director del Colegio, Protomédico Interino y ascendido a la Cátedra de Vísperas. En 1815 es nombrado Médico de Cámara del Rey, Fernando VII, alta distinción que alcanzaron Unanue y Valdéz. La obra bibliográfica de Tafur merece un detallado estudio. Lastres lo hizo en 1943, in extenso, en su libro "Vida y obra del Dr. Tafur".

Gabriel Moreno (1735 - 1809) fue otro de los grandes médicos del siglo XVIII en el Perú y eximio protomédico y fundador de la Escuela Médica Peruana. Natural de Huamantanga, estudió primero Teología, luego Matemáticas y enseguida Medicina, arte que a fin de ese siglo pasa lentamente de la era yatrofísica y yatromecánica a la de los sistemas y, por último, a la preponderancia de la clínica. Es la era anátomo-clínica que alcanzará renombre con Morgagni, Bichat y Laennec. Moreno conoce todas esas innovaciones y las transmite a sus ávidos discípulos. Adicionalmente es un gran botánico, que funda herbarios y estudia amorosamente todo lo que produce nuestro suelo. Es uno de nuestros primeros peruanistas. Tanto en Ciencias Naturales, como en Medicina, aboga por lo nacional. Fruto de esta labor, de paciencia benedictina, es la inmortalización de su nombre en una pequeña planta, la Moreira, y su Discurso inserto en el antiguo "Mercurio Peruano", sobre la coca. Discípulo de Cosme Bueno y maestro de Unanue, le tocó actuar en épocas delicadas para la nacionalidad y la Medicina. Unanue, la figura de esos días, le dedica su obra inmortal: "El clima de Lima".

Juan Pastor de Larrinaga fue anatomista, cirujano y poeta. Espiritu vanguardista, entusiasta e innovador de una Cirugía novecentista. Buen disector anatómico, fue discípulo de Cosme Bueno y superó su condición de mulato con sus habilidades quirúrgicas, que puso al servicio de la docencia. Escribía, con regular fortuna, en el Mercurio Peruano y fue uno de los ideólogos de la liberación, de la que él era un buen ejemplo.

José Manuel Valdéz, nació en Lima en 1767 y murió en esta ciudad en 1843. Este célebre mulato, nacido de humildísimos orígenes, pudo elevarse, merced a sus excepcionales méritos, a los más altos cargos y honores de la medicina peruana. Un Real Decreto le permitió estudiar medicina pese a su estigma racial e hizo camino al andar, desde humilde tugurio hasta el jardín inmarcesible de la gloria. Médico, lingüista, matemático, filósofo, teólogo, literato y humanista, exploró todos los campos de la ciencia y en todos ellos dejó las huellas de su genio.

La naturaleza de este ensayo no permite continuar la apasionante revisión biográfica de las grandes figuras de la Medicina Peruana de esos días. Mencionemos no obstante y para terminar con ella que en los casi tres siglos que duraron la Conquista y el Virreinato, la figura cumbre es, sin duda, la de Hipólito Unanue, al que rendí tributo de admiración y respeto en el Discurso de Orden con que la Academia Nacional de Medicina se asoció a la Celebración del Sesquicentenario de nuestra Independencia en Julio de 1971. Médico, humanista, sociólogo, político, legislador y estadista, Unanue es sobre todo el gran educador. Su palabra, llena de

símbolos eternos, resuena todavía, en el aire, en la tierra, en el periplo geocósmico y social de su Lima, que tanto amara y de su Perú, al que entregara lo mejor de su grandeza.

Tal es en revisión limitada e incompleta, el panorama de la Medicina durante la Colonia.

Resulta interesante descubrir a través de las Leyes de Indias, el persistente afán de la Corona española por crear condiciones de vida adecuadas para sus súbditos de América. Es natural que esas condiciones, sumamente duras por la conquista, no alcanzaran a proteger plenamente a los nativos, que llevaron siempre la peor parte. Aún los científicos y eruditos de esos días, españoles o criollos, fueron incapaces de contener la explotación y el abandono de los primitivos pobladores. Baste señalar que según referencias históricas, la población del Perú a la llegada de Pizarro era de 10 millones de habitantes mientras no alcanzaba los dos millones en los días de la emancipación. España extrajo oro, plata, mercurio y otros minerales de nuestra patria, a expensas de la salud de los trabajadores, víctimas de enfermedades profesionales diversas, singularmente neumoconiosis y sus complicaciones. Montó un inmenso imperio donde no se ponía el Sol, pero, al final, el sueño imperial de Carlos V representó, en el drama de España, una gran ilusión con un amargo despertar. El exceso de riquezas materiales enervó la capacidad de desarrollo de un pueblo extraordinario y con Fernando VII se repite un poco el amargo llanto de Boabdil. Hay que admitir, no obstante, que el descubrimiento la conquista y el virreinato tuvieron gran influencia en el movimiento de renovación universal de esos días, porque la importación del Nuevo Mundo de numerosas plantas medicinales, muchas de ellas empleadas con fines curativos, desde tiempo inmemorial por los aborígenes americanos, contribuyó al desarrollo extraordinario de la medicina hispana primero y europea después. Considerada desde ese punto de vista, puede decirse, sin hipérbole, que en América se descubrió una nueva ciencia de la naturaleza. Fue por ello que Felipe II, al establecer el Protomedicato en el Perú —institución de origen árabe, establecida por Alfonso el Sabio, como lo expresara antes— le encomendaba que "de todas las medicinas, yerbas o simientes, que hubiere por aquellas partes, y les parecieran notables, harían enviar a estos Reynos si acá no los hubiere". A partir de ese momento y en corriente inacabable llegan a España, la coca, la quina, la jalapa, la escamonea, la impecacuana, el curare, el jaborandi, la ratania, la copaiba, el quenopodio, podofilino, polígaca y tantas otras, aparte de alimentos como la papa, el maíz, la quinua, etc. A ello ha de añadirse el proceso genético extraordinario que fue el mestizaje hispanoamericano, crisol de la nueva raza que hoy puebla casi todo el hemisferio occidental, consecuencia de una auténtica transculturización entre el Nuevo y el Viejo Mundo.

No nos corresponde examinar las causas y esencias del fenómeno colonial en cuanto a aventura fallida por la decadencia de una nación llamada a tan altos destinos. Séanos permitido señalar, no obstante, que la España de Isabel y Fernando, vigorizada por siete siglos de rebeldía y culminando en la Reconquista su

reencuentro con la misión histórica que le estaba señalada, lleva sus carabelas a conquistar nuevas tierras allende el Mare Nostrum, mientras sus Tercios dominan en Flandes y el resto de Europa, para implantar la dominación autocrática, donde el "claustro de la ciencia era puesto en jaula dorada, pero jaula al fin" —como dijera Jorge Guillermo Leguía— y en que "el pensamiento libre era elevado al rango de pestilente herejía". Y mientras Europa toda se sacude del ostracismo cultural, tras diez siglos de recogido silencio en la ciencia y en el arte y plantea un reencuentro del hombre consigo mismo, en ese asombroso milagro de la civilización que fue el Renacimiento y la Reforma derrumba los pilares del dogmatismo religioso y escolástico, nuestra Madre Patria se recoge en sí misma y crea la Contrarreforma, el alucinado Ignacio se ordena y ordena jesuitas, y se implantan en todos los dominios y feudos, los Santos Tribunales de la Inquisición, para la defensa de la fé. España levanta en esos momentos, en una mano la espada y en la otra la cruz, despilfarra el oro de Indias y marcha, lentamente, hacia su propia destrucción, perdiendo el paso del progreso y retrasando por tres siglos, en el reloj de la historia, nuestro aparecer en el gran teatro del mundo.

Puede comprenderse entonces, que la medicina colonial casi siempre fuera importada, que se debatiera entre el fanatismo místico-religioso peninsular y la ejecutoria instintiva o mágica de los primitivos peruanos y empírico-racional de sus continuadores. Fácil es advertir, asimismo, cómo a medida que ideas liberales van reflejando la evolución del reordenamiento social y recogiendo la pasión de libertad que es consubstancial con el descubrimiento del mundo interior del hombre, la ciencia va despejando las incógnitas y acertando en la solución de sus problemas. Nuestra medicina colonial se afirma así, como una doctrina racional y científica, a medida que tal evolución se cumple allende el mar, correspondiendo a las figuras representativas que hemos mencionado, el privilegio de haberse sacudido, siquiera parcialmente, del colonialismo intelectual de la metrópoli, para crear una tradición hipocrática propia, por lo que hemos de considerarlos como auténticos representantes de la ciencia médica peruana de esos días.

El ejercicio profesional fue un mero trasplante al inicio, pero luego fue madurando, lentamente por razón del empirismo reinante, buscando su perfeccionamiento académico en el afán de sus cultores ávidos de saber y aprovechando al máximo los recursos de una rica flora y fauna tropicales y de la ancestral práctica médica aborígen, para llegar a los albores del siglo XIX, en que se crea el Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando, tras haberse fundado en años anteriores el Anfiteatro Anatómico, símbolos de un cambio de actitud mental. Por esos días se publica el Mercurio Peruano, mientras en la Sociedad Amantes del País se preparaba el clima ideológico que culminaría con la gesta de la emancipación.

Otros hombres vendrían luego a cubrir las plazas, en cátedras, hospitales y práctica privada. Terminaba una era de conquista y alboreaba un renacer de libertad. Nacía una nación al concierto civilizador y corresponderla a sus médicos, como va a ser señalado por el maestro que continuará con este estudio, mantener en alto la antorcha luminosa del conocimiento, perfeccionado por el trabajo y el afán de superación propios de nuestra noble profesión.

LA MEDICINA PERUANA EN LA EPOCA REPUBLICANA

Por el Dr. J. O. TRELLES

Quiero, en primer lugar, agradecer a nuestro Presidente y al doctor Jorge Avendaño, por haberme confiado el desarrollo de este interesante tema en el Symposium que nos reúne hoy. Y les agradezco en verdad porque me ha permitido precisar y profundizar una serie de conceptos que poseía vagamente. Me ha permitido, igualmente, una mirada de conjunto al desarrollo científico y cultural de nuestra época republicana. Historia y cultura marchan de la mano a través de nuestra atormentada vida independiente, nos muestran cómo se sedimenta la lava volcánica de la emancipación y cómo van formándose los diferentes estamentos estructurales de nuestra Patria. Para poder ofrecerlos una apretada síntesis de esta evolución, me ha sido gratisimo leer nuevamente, con atención y lápiz en mano, a Valdizán, Paz Soldán, Lastres. Y, este mismo año, Luis Angel Ugarte ha publicado en la Revista Galeno una serie de artículos muy bien documentados, acompañados de un análisis y crítica, sobre el ejercicio de la medicina de la república.

Si uno dejara libre curso a sus deseos, necesitaría mucho tiempo para poder desarrollar siquiera unos cuantos aspectos de esta fascinante evolución de nuestra profesión durante el periodo republicano. Pero, implacable, Cronos nos obliga a resumir y a ser breves.

En 1821 se había producido ya lo que con razón llama el gran Maestro Lain-Entralgo "El vuelco copernicano de la Medicina" y los médicos peruanos de entonces no ignoraban este paso de una medicina todavía muy empírica a una fase más científica. Unanue tenía entonces 66 años, Heredia sólo 24. Son dos figuras que van a pesar definitivamente en el desarrollo de nuestra medicina. Ellos hablan recibido ya el impacto de esa transformación copernicana. Es a principios de siglo que por una parte el genial Bichat publica sus obras maestras que con "La Anatomía Aplicada a la Medicina" y sus "Estudios sobre la Vida y la Muerte", introducen la noción fecunda del tejido como elemento fundamental del organismo con sus funciones fisiológicas y sus reacciones patológicas y perfila la acción de las diferentes noxas frente a los diversos tejidos. Por la misma época, Laennec precisa la semiología con la introducción del estetoscopio y crea la noción de una medicina anatomo-clínica que debía reinar durante el siglo. No es sino a mediados de la segunda mitad del siglo XIX que se producirá otro nuevo tornante histórico, doctrinario y pragmático con los descubrimientos de Lister y Pasteur.

Retornando a nuestro panorama médico nacional, podemos dividir el proceso médico peruano en tres etapas: a) la acción médica de los que participan en la independencia y abarca los 40 años siguientes en que destaca la acción de Heredia, con la creación de la nueva Facultad de Medicina en 1856. b) La generación del 90, representada fundamentalmente por la epopeya de la verruga, en que sobresalen los nombres de Carrión, Odriozola, Barton y que se prolonga en los primeros años de este siglo y se traduce fundamental en la creación del Instituto

LA MEDICINA PERUANA EN LA EPOCA REPUBLICANA

Por el Dr. J. O. TRELLES

Quiero, en primer lugar, agradecer a nuestro Presidente y al doctor Jorge Avendaño, por haberme confiado el desarrollo de este interesante tema en el Symposium que nos reúne hoy. Y les agradezco en verdad porque me ha permitido precisar y profundizar una serie de conceptos que poseía vagamente. Me ha permitido, igualmente, una mirada de conjunto al desarrollo científico y cultural de nuestra época republicana. Historia y cultura marchan de la mano a través de nuestra atormentada vida independiente, nos muestran cómo se sedimenta la lava volcánica de la emancipación y cómo van formándose los diferentes estamentos estructurales de nuestra Patria. Para poder ofrecer una apretada síntesis de esta evolución, me ha sido gratísimo leer nuevamente, con atención y lápiz en mano, a Valdizán, Paz Soidán, Lastres. Y, este mismo año, Luis Angel Ugarte ha publicado en la Revista Galeno una serie de artículos muy bien documentados, acompañados de un análisis y crítica, sobre el ejercicio de la medicina de la república.

Si uno dejara libre curso a sus deseos, necesitaría mucho tiempo para poder desarrollar siquiera unos cuantos aspectos de esta fascinante evolución de nuestra profesión durante el periodo republicano. Pero, implacable, Cronos nos obliga a resumir y a ser breves.

En 1821 se había producido ya lo que con razón llama el gran Maestro Lain-Entralgo "El vuelco copernicano de la Medicina" y los médicos peruanos de entonces no ignoraban este paso de una medicina todavía muy empírica a una fase más científica. Unanue tenía entonces 66 años, Heredia sólo 24. Son dos figuras que van a pesar definitivamente en el desarrollo de nuestra medicina. Ellos hablan recibido ya el impacto de esa transformación copernicana. Es a principios de siglo que por una parte el genial Bichat publica sus obras maestras que con "La Anatomía Aplicada a la Medicina" y sus "Estudios sobre la Vida y la Muerte", introducen la noción fecunda del tejido como elemento fundamental del organismo con sus funciones fisiológicas y sus reacciones patológicas y perfila la acción de las diferentes noxas frente a los diversos tejidos. Por la misma época, Laennec precisa la semiología con la introducción del estetoscopio y crea la noción de una medicina anatomo-clínica que debía reinar durante el siglo. No es sino a mediados de la segunda mitad del siglo XIX que se producirá otro nuevo tornante histórico, doctrinario y pragmático con los descubrimientos de Lister y Pasteur.

Retornando a nuestro panorama médico nacional, podemos dividir el proceso médico peruano en tres etapas: a) la acción médica de los que participan en la independencia y abarca los 40 años siguientes en que destaca la acción de Heredia, con la creación de la nueva Facultad de Medicina en 1856. b) La generación del 90, representada fundamentalmente por la epopeya de la verruga, en que sobresalen los nombres de Carrión, Odriozola, Barton y que se prolonga en los primeros años de este siglo y se traduce fundamental en la creación del Instituto

de Vacuna, del Instituto de Higiene, y que podemos dar por concluida con la fundación del Instituto de Investigación de la Altura por el Maestro Carlos Monge, en -1927. (c) La Medicina contemporánea en que aparece en forma sistemática y metódica la investigación científica, demostrando que cuando hay medios económicos y ayuda del Estado, los médicos peruanos están a la altura internacional. En esta época se introducen, primero de manera incipiente y luego cada vez más ampliamente, los principios de la seguridad y bienestar social a través de los diferentes seguros que esperamos sean unificados en un solo sistema más coherente, más activo, más eficaz. En esta misma etapa se organizan sociedades científicas, publicaciones médicas generales y especializadas y, sobre todo, a la antigua y gloriosa alma mater de San Fernando se juntan las facultades de Arequipa, Trujillo, Ica, Cayetano Heredia y Villarreal, que se encargan de preparar médicos y asegurar la investigación científica.

Tal es a grandes rasgos, que merecerían desarrollos especiales, la serie de hitos fundamentales de la Medicina Republicana. Vemos al lado de ellos algunos aspectos que merecen recuerdo aunque sea breve:

1.— El Ejercicio de la Medicina en la República

La República hereda de la Colonia las autoridades encargadas de la enseñanza de la medicina y de la vigilancia de sus actos; es decir el Proto Medicato ejercido por Unanue primero, luego por Tafur, y el Colegio de Medicina que se rebautiza como "Colegio de la Independencia" que estaba situado en esa hermosa casa de la Plaza Santa Ana, no lejos de los dos principales Hospitales de Santa Ana y San Andrés. Muy pronto la organización del Colegio y la misma existencia del Proto Medicato son objeto de vivas críticas. Heredia, cuya acción e importancia son cada día mayores y es consejero de Castilla, logra en 1848 la supresión del Proto Medicato y su reemplazo de una Junta Directiva de Medicina cuyas funciones esenciales eran vigilar sobre la ética y la práctica de la profesión. Sin embargo, esta J. D. M. es igualmente criticada por lo cual se la suprime pocos años después y, en 1856, se crea la nueva Facultad de Medicina de San Fernando bajo la austera, acertada y vigilante acción de Cayetano Heredia. Ella se encarga de la enseñanza de la medicina, del otorgamiento de títulos y de la vigilancia del ejercicio profesional. De este modo, un solo organismo, la Facultad de Medicina, prestigiada por la conducción de Heredia y de un cuerpo de profesores capacitados, ejerce una acción armónica y unitaria sobre la enseñanza, el ejercicio y la ética de la profesión médica. Hasta 1897 se mantiene esta situación pero ese año, se crea la Dirección de Salud, parte integrante del Ministerio de Fomento, a la que se encarga por una parte de la organización de los diferentes estamentos encargados de la salud en la República y al mismo tiempo de la vigilancia en cierto modo del ejercicio profesional puesto que los títulos otorgados por la Facultad debían ser registrados por esta Dirección.

En 1911, se amplía el ámbito de esta Dirección, que es transformada en Dirección de Salubridad abarcando los campos de higiene y profilaxis. En fin, en

1938, es creado el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, cuyo primer titular es Armando Montes, un prestigioso médico cuzqueño. De este modo, la acción del Estado se ejerce de un modo más amplio sobre el ejercicio profesional.

Debe añadirse la creación del Colegio Médico en 1963 por Decreto Ley de la Junta de Gobierno presidida por el General Lindley. Este Decreto Ley no fué aprobado por el Parlamento y permanecía en estudio, en el Parlamento, de 1963 a 1968. Debe anotarse que el dispositivo promulgado en 1963 confiaba al Colegio Médico solamente la vigilancia de la ética médica, por una parte frente a los profesionales y la defensa de éstos frente a los diferentes aconteceres. Sobrentendiéndose que todos los aspectos gremiales quedaban a cargo de la Federación Médica, la que así guardaba toda su representatividad y fuerza. El Decreto Ley de 1969 que crea el Colegio Médico actual es más amplio pues encarga a éste de ciertos asuntos gremiales, lo que evidentemente disminuye la fuerza de la Federación Médica. A este respecto siempre he creído que, como en muchos otros países, debe separarse nitidamente los fueros de uno y otro organismo. El Colegio Médico, supremo tribunal de ética, no debe inmiscuirse en asuntos gremiales pues esto a la vez que le hace perder su autoridad y prestigio legal resta fuerza a la Federación Médica, que es el organismo que debe encargarse de los aspectos gremiales de defensa del ejercicio profesional.

Resumiendo, hoy día el ejercicio profesional está regido por tres organismos distintos: las Facultades de Medicina que otorgan los títulos, el Ministerio de Salud Pública que vigila ciertos aspectos del ejercicio profesional, sobre todo, en el dilatado campo de la República, y el Colegio Médico, a quien incumbe la vigilancia de la ética y ciertos aspectos gremiales.

Sería injusto, antes de pasar a otro aspecto, no recordar aquí la acción decisiva e importante de la Asociación Médica Peruana Daniel A. Carrión. Fundada en 1929 por los médicos jóvenes encabezados sustantivamente por Juan A. Werner, Ovidio García Rossel y Gabriel Delgado Bedoya. A través de una prédica permanente de la Revista Médica Peruana y de una acción incesante llevaron a la creación de la Federación Médica Peruana.

2.— Breves Apuntes sobre Asistencia Hospitalaria

Al producirse la Independencia existían en la República algunos hospitales. Sólo nos referiremos aquí a los de Lima. No lejos del Colegio de San Fernando estaba situado el Hospital de Santa Ana, fundado hacia 1549 y el Hospital San Andrés. El Hospital de San Bartolomé, destinado ya a la asistencia predominante de soldados. Igualmente existía el antiquísimo Hospital de Incurables o de Mendigos, dicho también el Refugio de Maravillas. En el Callao se funda, en los primeros años de la Independencia, el Hospital de Guadalupe y, en 1859, gracias al tesón de Ulloa, el Hospital de la Misericordia para Alienados. A estos hospitales debe añadirse el Hospital Dos de Mayo, cuyo centenario se recuerda en estos días y que ha tenido tanta importancia en la medicina nacional. Luego la fundación del Lazareto u Hospital de Infecto Contagiosos de Guía y mucho más recientemente, la creación del Hospital Víctor Larco Herrera, Hospital Arzobispo Loayza, Hospital del

Niño, la Maternidad de Lima. En fin, los hospitales de las Fuerzas Armadas y los de la Seguridad Social

3.— Publicaciones Médicas

No es sino a fines de la centuria que aparecen las revistas médicas permanentes. Sin embargo, no sería justo olvidar que ya en 1827 Brandin publicó unos cuantos números de "Anales Medicinales". Hay que esperar hasta 1856, en que Heredia y sus discípulos publican la "Gaceta Médica de Lima", que creemos estaba ligada a la Sociedad del mismo nombre y que aparece intermitentemente hasta el desastre de 1879. En 1884 aparece "La Crónica Médica" muy ligada a la Sociedad Unión Fernandina a la que imprimen seriedad y permanencia Muñiz y Leonidas Avendaño entre otros. Superando dificultades esta revista, bajo la dirección de Carlos Bambarén, se mantiene aún hoy. "El Monitor Médico" aparece en 1885, debe ser recordado pues estaba ligado a la Academia de Medicina.

A fines del siglo pasado aparece la "Reforma Médica", que ha tenido vida continuada hasta hace poco tiempo, a la que imprimieron prestancia Carlos Enrique Paz Soldán y Juan Francisco Valega.

"La Revista Médica Peruana", aparece en 1930 y se publica regularmente; es el órgano de la Sociedad Médica Peruana Daniel A. Carrión. Deben mencionarse también aquí la "Revista de Neuro-Psiquiatría", que aparece en 1938, y a la que Honorio Delgado prestara su impronto científico que la sitúa entre las primeras de la lengua.

Complace al espíritu médico el anotar que en los últimos lustros han aparecido revistas de alta calidad ligadas a sociedades científicas.

4.— Sociedades Científicas y Médicos

En el breve tiempo de que disponemos no podemos sino mencionar, en primer lugar a la Academia de Medicina cuyo centenario estamos festejando, que está ligada a la Sociedad de Medicina fundada en 1854 por Heredia, a la Academia Libre de Medicina (1865) y, en fin, al reconocimiento por Decreto Supremo del Mariscal Cáceres (1888) en que declara Nacional a la Academia Libre. No debemos tampoco olvidar la Unión Fernandina, y más recientemente, a la Sociedad Daniel A. Carrión la Federación Médica y todas las Sociedades actualmente existentes.

Es tarea grata recordar las cumbres de los médicos en las diferentes etapas generacionales, pero puede a veces tornarse ingrata porque siempre se incurre en olvidos lamentables, sin embargo nos atrevemos a recordar aquello en que no hay discrepancia:

- a) Los médicos de la Independencia: Unanue, Valdez, Tafur, Pezet.
- b) La generación Herediana: Heredia y sus discípulos, Ulloa, Raymondí, Odriozola, Ríos, Macedo y otros;

- c) Los de la epopeya de la Verruga: Carrión, Odriozola, Barton.
- d) Los de fin de siglo: Avendaño, Herculles, Voto Bernales.
- e) Los de comienzo de siglo: Monge, Carvallo, Paz Soldarí, Valdizán, Gastañeta, Villarán, Honorio Delgado y tantos otros. A estos ilustres médicos debemos el prestigio de la medicina actual.

Antes de terminar, quisiera protestar contra la campaña injusta de denostación de la medicina y de los médicos que se viene haciendo en nuestro país. Se trata de una corriente que podríamos decir la "antimedicina"; a creerles, el mundo y la civilización no le deben nada a la medicina, al contrario. Lo que más extraña es que son algunos médicos los que participan de esta "antimedicina".

Para terminar, quiero rendir ferviente homenaje a la memoria de los médicos peruanos, grandes y pequeños, que con abnegación, con sacrificio, hicieron que la incipiente medicina peruana se transformara y alcanzara un nivel internacional. Invoco a los jóvenes a los ya titulados o a los estudiantes, de mantener siempre en alto, a pesar de las piedras del camino y las espinas, el sentido de abnegación que se manifiesta con heroísmo en Carrión.

LA MEDICINA Y LA INVESTIGACION EN EL PERU

ESTUDIO PROSPECTIVO

Por el Dr. ALBERTO CAZORLA TALLERI

De la medicina primitiva a la griega, —pasando por el obscurantismo medioeval— hasta el despertar del Renacimiento, se fue abriendo el camino a la Medicina Moderna. Medicina Moderna que tiene un basamento científico indiscutible pero que no es solo eso. Medicina Moderna que mantiene su espíritu sacerdotal primitivo tanto en lo que tiene de consuelo y apoyo espiritual al paciente como en lo que tiene de ritual y arte personal. Pero no podemos seguir sosteniendo que la Medicina Moderna es el arte de curar. Si no, más bien, que es el arte de aplicar la ciencia y la tecnología que le es propia, con el fin de prevenir la enfermedad, curar al hombre enfermo y rehabilitarlo a la vida social.

La medicina que jugaba en el dipolo médico-paciente, tiene ahora como parámetros médico-paciente y comunidad social. Por eso en esta mirada hacia

el futuro de la investigación médica en el Perú, debemos tener en cuenta los campos que debe abarcar en función de los parámetros que acabamos de mencionar y de la definición de las ciencias médicas propuesta.

Viéndolo así debemos enfocar diferentes aspectos: la investigación médica tradicional, es decir aquella que proviene del trabajo clínico, y que ha sido y es generadora de las otras.

La Investigación básica o biomédica, que al estudiar el fenómeno biológico aclara la interpretación clínica, le dá basamento científico y amplía la perspectiva del médico. Y que, por otro lado proporciona nuevas armas terapéuticas y nuevos métodos de diagnóstico.

Y por último la investigación médica-social ligada a la prevención de la enfermedad y en gran medida a la rehabilitación del paciente.

Pero veremos que en muchos casos es imposible diferenciar estos campos con la nitidez que las clasificaciones formales parecen traducir. Dentro de este marco referencial debemos plantear los problemas fundamentales de la salud del hombre peruano para señalar los campos que requieran investigación y las prioridades de ésta.

Comencemos por el tema de la investigación médica-social. Al decir de Duncan Pedersen (a quien cito con libertad) la relación Medicina-Sociedad, ha pasado por etapas sucesivas en su proceso de evolución: Desde 1850 hasta principios del siglo actual, el tema fundamental habría estado constituido especialmente por el saneamiento ambiental y la epidemiología bacteriológica. Es la etapa de la "Higiene y la Salud Pública". Posteriormente se incorporan los conceptos de la Medicina Preventiva, con sus servicios de salud, programas antituberculosos, lucha contra las enfermedades venéreas, educación sanitaria, programas de erradicación de las plagas, etc.

En la etapa actual el hombre y la comunidad en que vive, se transforman de objeto de las acciones de salud en sujeto de las mismas. Participan en la búsqueda de soluciones de sus propios problemas de salud. Igualmente el profesional (desde su etapa de estudiante) deja de "ver desde afuera" el problema y se sumerge en él y participa con la comunidad en las posibles soluciones.

Nace el concepto de Medicina Comunitaria que tan lúcidamente analiza Carlos Vidal Layseca en su tesis doctoral. Medicina Comunitaria que al decir de Vidal es integral, en cuanto supone una concepción integradora de los aspectos preventivos, curativos, y de rehabilitación realizados por un equipo de profesionales médicos (médicos, odontólogos, higienistas, enfermeras, auxiliares, etc.) y administrativos, que en acción organizada interactúan con la comunidad.

Si revisamos el Informe del Primer Seminario del Colegio Médico del Perú, recientemente publicado, veremos que entre las acciones propuestas (inciso 4.5 al 4.6) se incluyen Programas de Medicina Integral con participación activa de la comunidad, demostrando así que nuestra profesión se orienta acertadamente. Pero alcanzar estas metas no es fácil. En el mismo documento se hace un "diagnóstico"

de nuestra realidad médico-social, en el que se señalan las gruesas fallas de nuestro sistema de salud.

Creemos que las acciones propuestas por el Colegio Médico son urgentes: algunas de ellas de urgencia inmediata. Y no debiera paralizarse la acción por la investigación.

Pero también creemos que para llevar a cabo algunas otras, es necesario investigar profundamente en el campo. Es perentoria la realización de una Encuesta Nacional de Salud —como sugieren Monge y Vida!— que nos permita conocer con mayor precisión las necesidades y recursos que existen en el campo de la salud, lo que es indispensable para establecer una política adecuada.

En lo referente a la medicina integral, es necesario el desarrollo de planes de investigación en la que debieran participar —como en la Encuesta— junto con los profesionales de salud, los científicos sociales, psicólogos sociales, antropólogos culturales, economistas y otros especialistas, con el fin de conocer con más precisión nuestra realidad médica y las posibilidades de implementación inmediata de algunas de las medidas propuestas. O si esto no fuera posible, los cambios psicológicos, culturales, económicos o sociales, que las hagan viables.

Un campo interesante para este tipo de investigación es el Programa pionero de Medicina Comunitaria iniciado por Vidal en la UPCH. Del estudio de sus éxitos y fracasos puede obtenerse información valiosa para una experiencia, a nivel regional o nacional, de Medicina Integral.

Otro aspecto importante ligado al de la medicina comunitaria, es el problema de la Nutrición.

Nuestro país padece hambre crónico. No es el adulto el que se muere de hambre. Desarrollado insuficientemente recibe, como lo ha señalado Emilio Picón, una dieta suficiente para un organismo que no alcanzó su plenitud porque en su primera infancia el alimento fue magro y desbalanceado. Es en esta etapa de la vida —la primera infancia— donde el problema se manifiesta con su terrible crudeza, como lo demuestran nuestros altos índices de mortalidad infantil.

Pero éste no es un desafío dirigido únicamente a la profesión médica. Es un desafío al país.

No sigamos investigando únicamente al desnutrido. No sigamos sólo analizando los contenidos calóricos proteicos o vitamínicos de éste o aquel producto alimenticio en esta o aquella región del país. Y no tratemos de extrapolar ambiciosamente nuestros resultados.

La encuesta nacional de alimentación llevada a cabo recientemente por el Ministerio de Agricultura, ha sido un paso adelante. Pero los resultados deben ser procesados con la mayor celeridad y puestos al servicio de los diferentes sectores para su estudio y análisis.

Debemos entender que el problema de la desnutrición humana es un problema multisectorial y que la investigación en este campo es necesaria y urgente

Que está relacionada entre otras causas, con nuestra escasa producción de alimentos, con sus distribución y almacenamiento inadecuado, con nuestra injusta estructura social, con el crecimiento de la población, y con factores culturales. Nuevamente aquí el médico y otros profesionales de salud, en concierto con el economista, el sociólogo, el politólogo, los agrónomos y zootecnicistas —**con el máximo apoyo del Gobierno Central**— deben organizar planes de investigación que —después de valorar los diferentes factores que entran en juego— nos llevan a desarrollar una política nacional de nutrición coherente.

Pasemos ahora al campo de la investigación médica tradicional. Entendemos por ella la que nace del dipolo médico-paciente, y que como decíamos al comienzo, es la que genera la investigación tanto en el área de lo biológico como en lo social.

Ya el profesor Trelles nos ha presentado con la brillantez que lo caracteriza, los logros de nuestra medicina republicana. Retomemos parte de la historia, para proyectarla hacia el futuro.

En un país como el nuestro de geografía difícil, con ambientes ecológicos tan variados, la investigación de la patología médica se ha hecho y se hace en función de ambiente. Fue la investigación clínica de Don Carlos Monge la que nos hizo tomar conciencia del problema de la vida en las grandes alturas andinas y abrió el campo de la investigación biológica en esas latitudes.

Fueron la investigación -mártir de Carrión y la investigación-clínica de Odrizola y otros, las que generaron los estudios de la patología de nuestras quebradas interandinas, que llevaron a Barton al descubrimiento de la etiología de la Enfermedad de Carrión. Y fueron los estudios del Bocio endémico realizados por nuestros clínicos —entre los cuales estuvo Monge— los que llevaron a nuestros investigadores de las nuevas generaciones, a profundizar en la fisiopatología de esta enfermedad, a estudiar la influencia del ambiente y a diseñar métodos de tratamiento simples, como el introducido por Eduardo Pretell. Tratamiento que evitaría que parte importante de los niños de ciertas regiones de nuestro país —donde la sal yodada no llega por dificultades de transporte— caigan en el cretinismo y no puedan **nunca** realizarse plenamente como seres humanos. Es tiempo ya de que los organismos oficiales, comiencen a recoger los frutos de la investigación científica nacional y la pongan al servicio del pueblo.

Hemos tomado algunos ejemplos que señalan la importancia del ambiente en la investigación clínica peruana. Podríamos seguir apuntando los trabajos de nuestros clínicos en la Selva y Costa peruanas y aliviando la labor de los especialistas: cardiólogos, cancerólogos, neurólogos, neumólogos, patólogos que tanto prestigio han dado a nuestro país.

Pero debemos hablar del futuro.

Creemos que éste es promisor en cuanto a la calidad del personal médico encargado de realizarlo. Pero coincidimos con Monge y Vidal, quienes en su ponencia a la reunión de Ancón de 1968, sobre ciencia y tecnología, proponían que estudios deben sistematizarse por regiones ecológicas, de manera que los proyec-

tos de investigación, no se realicen al azar sino en función del número de habitantes o de las perspectivas de desarrollo inmediato de determinadas zonas. La Selva Peruana con el descubrimiento reciente de sus riquezas petroleras, se prevé como una de estas zonas en las que los estudios de medicina tropical, junto con los de salud pública, son de urgente necesidad y en las que la investigación en ciencias básicas no sólo nos permitirá entender mejor el fenómeno biológico sino que servirá de base fundamental para nuevos desarrollos en el área de la farmacología, (con el estudio de nuestra riqueza en productos naturales); servirá de apoyo a los programas de nutrición, y ampliará el campo de estudio en Medicina Tropical. Esto no sólo en la Selva, sino también en las otras regiones del Perú.

La reciente regionalización del País en función de los Programas Académicos de Medicina, abre la posibilidad a que este tipo de investigación se haga en coordinación entre el Programa de Medicina respectivo y el Ministerio de Salud, facilitando así la acción de ambos para mayor provecho del país.

Decíamos en oportunidad anterior que en el Perú, como ocurrió en Europa, fueron los médicos los que por su preocupación por el hombre abrieron nuevos caminos en el campo de la biología. El desarrollo de la fisiología, de la bioquímica, de la farmacología, de la histología, entre otras ciencias se debió al trabajo del investigador médico hasta mediados de nuestro siglo.

Pero el producto de esta investigación, fue alejando cada vez más las ideas vitalistas y afirmando el concepto de que los seres vivos son sistemas materiales altamente organizados que siguen las leyes físicoquímicas y que a través de la evolución han alcanzado su estado actual de desarrollo. Esto ha llevado a que el fenómeno biológico se estudie cada vez más desde el punto de vista físico y químico. Ahora el biólogo requiere para enfrentarse a su material de estudio de una formación más completa en las áreas de las matemáticas, de la física y de la química. Debe ser capaz de manejar una tecnología que requiera una preparación científica integral. Y así el campo de las ciencias biomédicas —si bien requiere de la inspiración del médico— se nos va escapando de las manos.

Por ello es que los médicos peruanos si no queremos limitar la investigación básica y llevarla a niveles de mediocridad, debemos propugnar la formación de nuevas profesiones como las de bioquímico, biofísico, fisiólogo, farmacólogo, microbiólogo, etc., con el fin de asegurar su desarrollo sostenido y de alto nivel.

Siguiendo esta política en la UPCH, hemos formado ya en nuestro programa de graduados profesionales en estas áreas (algunos con grado de doctor obtenidos posteriormente en el extranjero). Ellos se encuentran trabajando en nuestra institución, en otras universidades y en varias dependencias del Estado. La U. N. M. S. M. ha iniciado hace tres años un programa semejante.

Estos esfuerzos son importantes porque garantizan el futuro de nuestra investigación básica. Olvidarla y dedicarse únicamente a la utilización de conceptos y tecnología foránea es la mejor manera de perennizar nuestra situación de colonia intelectual, científica y tecnológica de los países avanzados.

No siempre se ve con claridad la importancia de este aserto. Hay quienes

creen que la ciencia sólo se hace con las manos y que no es necesario un marco teórico referencial. La biología está saliendo de su etapa empírica y cada vez se formaliza más el conocimiento biológico. Debe recordar nuestro investigador biomédico que en ciencia no hay verdades definitivas, sino hipótesis o modelos de trabajo validadas por la observación y la experimentación. Y que cuando nuevas observaciones o experiencias contradigan las hipótesis de trabajo, debemos cambiar éstas o ampliarlas para que expliquen los nuevos datos fácticos. Es así como se va obteniendo una visión cada vez más coherente de nuestra realidad tangible.

Tomemos un ejemplo actual y nuestro, en relación a lo antedicho. Estudios recientes de Francisco Sime han señalado que la ventilación pulmonar disminuye logarítmicamente con el incremento de la edad en personas nativas y residentes permanentes en la ciudad de Morococha (4,500 mts.). Estos resultados apoyan la hipótesis planteada por Whittembury y Monge, quienes proponen que la policitemia no es un mecanismo de adaptación eficiente, por el aumento de la viscosidad sanguínea que conlleva. Esta produciría la hipertensión pulmonar de la altura, y como han demostrado estos autores, un incremento del hematocrito conforme avanza la vida. Así se establecería un círculo perjudicial, que llevaría a la larga a la Enfermedad de Monge.

Estos hallazgos son un desafío a la hipótesis tradicional que considera a la policitemia como mecanismo de adaptación a la hipoxia crónica y abren nuevas posibilidades de estudios fisiológicos, bioquímicos, biofísicos y de biología molecular sobre la adaptación a la vida en las grandes alturas. Los que llevarán a un replanteamiento del problema, generando nuevas hipótesis.

Pero debemos estar alertas, el que una hipótesis sea superada no invalida el trabajo anterior, recordemos la frase de Newton: si he podido ver más lejos, es porque me he apoyado sobre los hombros de los gigantes que me precedieron.

Si los hallazgos de Sime, Monge y Whittembury son reafirmados, pueden llevar inclusive a un replanteamiento de las leyes sociales aplicable a los trabajadores de las grandes alturas. Y veríamos nuevamente cómo la ciencia y por más pura que parezca, redundaría en beneficio del hombre.

En resumen, señores académicos, vemos en la investigación médica futura de nuestro país tres direcciones bien definidas:

Una, que se extiende hacia el área de lo social cuyos resultados servirán para llevar a cabo planes de salud, cada vez más coherentes, que garanticen el bienestar del hombre y de la comunidad.

Otra, el área de la patología y la medicina clínica, cuya acción se orientará hacia el estudio de la medicina, en función del ambiente ecológico y del desarrollo del país.

Y por último el área de las ciencias básicas, que por un lado sirven de apoyo a las anteriores, y por el otro —el principal— dan base teórica al conocimiento biológico y garantizan la independencia intelectual, científica y tecnológica del país.

LA MEDICINA, LA EDUCACION Y LA ENSEÑANZA MEDICA

Por el Dr. CARLOS R. LANFRANCO LA HOZ

Las Autoridades Universitarias, los Profesores, los Alumnos y los Consejeros de Educación Médica, miembros éstos de conocidos y prestigiosos organismos internacionales, han realizado múltiples intentos para mejorar el sistema educativo de las profesiones relacionadas con la Medicina y la Salud. A pesar de esa tesonera y perseverante acción, somos conscientes de que existen diferencias efectivas entre el proceso educativo actual y los principios pedagógicos que caracterizan a la nueva educación médica.

Se aprecia objetivamente que la organización y estructura académica de nuestras escuelas médicas están impregnadas de los preceptos y normas "tradicionalistas" que se originaron en los siglos XVIII y XIX, estimados los siglos de oro para la Anatomía. El avance de los conocimientos de esa disciplina logrado en esas épocas, significó el establecimiento de un esquema anatómico con la descripción macroscópica de todas nuestras estructuras.

La segunda mitad del siglo XIX se caracterizó por el progreso de los conocimientos en el campo de la Fisiología de los sistemas o aparatos. Se estudió y conoció el papel de los pulmones en el intercambio gaseoso y su transporte por los eritrocitos a los distintos tejidos del organismo. Se precisó el mecanismo y la química del aparato digestivo, así como la función de las glándulas y la del sistema nervioso, quedando establecido en forma más o menos completa y coherente un esquema de los principios básicos del funcionamiento de nuestro organismo. Esa época se caracterizó también por el progreso en el conocimiento de la Química y de la Física, ciencias que fueron aplicadas al estudio de los organismos vivos, originándose así la Bioquímica, la Física Médica y la Biofísica.

Pero también en la segunda mitad del siglo XIX se realizó el descubrimiento de parásitos, bacterias, hongos y virus los que en forma progresiva fueron estimados agentes o elementos causales de las enfermedades imperantes. Todos esos conocimientos dieron origen a nuevas ramas o disciplina de los estudios médicos. Por el perfeccionamiento del microscopio por físicos y ópticos, el estudio de la Anatomía ingresa en una nueva fase, surgiendo así la Anatomía Microscópica y la Histopatología, disciplinas que permitieron en esa época iniciar estudios relacionados con lesiones inflamatorias, degenerativas y neoplásicas.

De los conocimientos surgidos cronológicamente en los siglos XVIII y XIX y de las ramas o disciplinas en que se ordenaron, devino la organización, la programación y la secuencia del sistema de enseñanza médica en América Latina que se originó hace alrededor de 100 años sobre la base de patrones de las Universidades de Salamanca, Granada y París.

Todos conocemos que el sistema educativo "tradicionalista" ha permitido formar y producir profesionales de las ciencias médicas cuyo campo de acción fundamental ha sido la medicina curativa e individual, practicada a través del ejercicio liberal de la profesión y/o en centros asistenciales.

El sistema educativo "tradicionalista" se caracteriza por la división en dos etapas: una básica y la otra clínica.

En la "etapa básica" enseñamos al estudiante como está morfológicamente formado el organismo humano, macro y microscópicamente, así como su desarrollo embriológico, cito e histogonético, a la par que aprende su funcionamiento. En esta misma fase y en forma independiente le mostramos la aplicación de la Química y de la Física en el estudio de los humores y de las membranas del cuerpo humano. Luego lo introducimos en el estudio principalmente morfológico, sin conveniente sentido aplicativo, de los agentes causales o etiológicos de las enfermedades, así como se les da a conocer las alteraciones anatómicas patológicas que las diversas noxas producen en órganos y tejidos. Toda la enseñanza de la etapa básica la desarrollamos con ausencia del "ente" objeto del estudio, es decir la persona humana viviente.

En la segunda etapa, o sea "la clínica", enseñamos al estudiante a relacionarse con el paciente dentro de una actitud conveniente, Inteligente y sagaz, así como a utilizar sus sentidos y diversos aparatos para examinar a la persona humana, en estado de salud y en el de la enfermedad. Les hacemos conocer el conjunto de complejos y fenómenos biológicos alterados que constituyen la enfermedad, así como los procedimientos clínicos y técnicos que permiten su identificación, vale decir el diagnóstico. Se les enseña además las características de las reacciones defensivas, algunas estereotipadas, pero adecuadas para luchar contra elementos o agentes agresores diversos, susceptibles a una defensa común. Finalmente en esta misma etapa enseñamos el uso de las diversas drogas curativas, insistiendo más en las drogas mismas o en lo que esperamos alcanzar de ellas, que en la auto-capacidad de defensa del organismo para vencer a las enfermedades y a las noxas que las originaron. Se les enseña también a los estudiantes un conjunto de técnicas operatorias básicas destinadas a resolver por la vía quirúrgica los problemas que pudieran plantearseles.

Este esquema o programa de enseñanza de las Facultades o Escuelas de Medicina ha tenido modificaciones principalmente en las dos últimas décadas y han estado vinculadas a los cambios ocurridos en la educación en general y en la educación médica en particular. Estos cambios no se refieren tanto al ordenamiento y a la secuencia de los cursos en el Currículum de Estudios, sino a las "inclusiones de disciplinas nuevas", recomendadas en las conclusiones de los certámenes que se han realizado y también por los Organismos Internacionales que se ocupan provechosamente, a través de sus expertos, en el estudio de los problemas de la Educación Médica. Dentro de los cursos incluidos, revelatorios de una nueva concepción filosófica, doctrinaria y pedagógica, cabe también mencionar a la Psicología Médica, a los que integran las Ciencias de la Conducta: Sociología y Antropología Cultural y a los correspondientes a la Medicina Preventiva y la Salud Pública, ubi-

caods estos últimos, estratégicamente, en toda la progresión del Curriculum de Estudios. Todos estos cursos están destinados a integralizar al estudiante en cuanto a que posea no sólo formación cientista o científica, proveniente de los conocimientos adquiridos en el área de las ciencias, sino también humanística y a que cambie su actitud que era predominante dirigida hacia el ejercicio de la medicina curativa o individual, encausándolo, con adecuados conocimientos de medicina preventiva, hacia la "**Medicina Comprehensiva**", hacia la "**Medicina Social**" o de "**práxis unitaria**", que es la meta o el objetivo que se han impuesto las Escuelas o Facultades cuando establecieron que era de su responsabilidad educativa formar médicos básicos, médicos indiferenciados, médicos generales.

Pero los cambios en la enseñanza médica no han estado circunscritos solamente a la inclusión de los nuevos cursos mencionados, como expresión de nueva concepción filosófica y doctrinaria, sino que, también deviene de otros factores importantes, entre los que es conveniente mencionar a la "**Organización Académica, Estructural y Administrativa**" que adoptaron las Facultades de Medicina y las otras profesiones de las Ciencias Médicas, por disponerlo así las leyes universitarias anteriores al año 1969, más no la negativa ley que aún se encuentra en vigencia.

Dentro de la Organización Académica y Estructural cabe destacar como hechos de repercusión pedagógica positiva a la "**Departamentalización a nivel de Facultad**". Al referirse a esta organización departamental hay que mencionar la estrategia que se trazó de que la Cátedra, su concepto, su operabilidad y sus demás implicancias, se fuesen progresivamente perdiendo, es más, esfumándose, para una efectiva y eficaz departamentalización del recurso humano, con las ventajas que tal situación consagró.

Otro factor motivador de cambios positivos en la enseñanza médica y de logros fué el funcionamiento de las Comisiones Bipartitas en el esquema; en el diseño Estructural y Funcional de las Facultades, dentro de las cuales cabe destacar, entre otras, a la Comisión Pedagógica, a la Comisión Coordinadora de Planes y Estudios y a la de Bienestar Estudiantil, por su labor provechosa, generadora de cambios útiles.

Debo también mencionar dentro de la Organización Académica, a la enseñanza por "Ciclos Académicos o Semestral", que trajo consigo la necesidad de impartir la docencia dentro del sistema "Concurrente" de "blocks o semiblocks", contando para ello con que los estudiantes, metodológicamente, participarían activamente en el proceso enseñanza-aprendizaje, debiéndolo hacer a dedicación exclusiva o a tiempo completo, en actividades docentes que fluctuaban entre las 36 y 40 horas-alumnos semanal, con un Curriculum de estudios que tenía la característica de ser rígido, secuente y con precedencias, para efectos de matriculación, enseñanza, evaluación y promoción.

Como factor integrante de la Organización Académica de las Facultades o Escuelas este aspecto pedagógico debe ser revisado, no tanto para la implantación del Curriculum flexible y el sistema de créditos que hasta el momento, a pesar de las disposiciones legales, parecería no ser practicable en Medicina, sino para que se haga un estimado concreto, racional real, del valor pedagógico del sistema en

block o concurrente, que se caracteriza porque los períodos de enseñanza de los "Cursos" y de sus respectivos capítulos son cortos, densos, a veces monocordes, parceladores, saturantes, hasta antipedagógicos; llevando inexorablemente al estudiante a la necesidad de "memorizar", cuando, lo que corresponde es que se cumpla el proceso psico-pedagógico de la transferencia del conocimiento, pasando éste por los estados que han de significar o generar cambios conducciales y de convicción, es decir adquisición de nuevos patrones de comportamiento o la modificación de los preexistentes dentro de la enseñanza-aprendizaje.

Hay otros factores que generaron cambios en la enseñanza de la medicina; los continuaremos mencionando y analizando porque son de importancia. Entre ellos merece un énfasis especialísimo la Planificación y el Diseño del Currículum de Estudios, en el que se vuelca lo que es la Filosofía, la doctrina, los fines, los objetivos y las metas que se deben alcanzar para cumplir sería, responsablemente, con el encargo que hace la Nación, el País, teniendo en cuenta las necesidades de la comunidad, a las Facultades a través de la Universidad, en su obligatoria tarea de formar médicos y otros profesionales de la salud.

Las Facultades de Medicina del Perú compartían quizás por primera vez, en las décadas de los cambios referidos, lo que era y es una de las mayores preocupaciones de las Escuelas de Medicina del Universo, es decir, la revisión, el mejoramiento y la actualización de sus **Planes de Estudios**, así como el mejor acondicionamiento y ordenamiento del **Diseño de su Currículum**. Antes no se ponía en duda la bondad de los planes vigentes por estar respaldados por muchos años de experiencia, tanto que cuando se fundaba una nueva Facultad o Escuela y ha sucedido en nuestro país, el Perú, el problema curricular se reducía a reproducir, lo más exactamente posible, el esquema tradicional generalmente aceptado. Sin embargo, desde hace algunos años, se han planteado serias dudas respecto a la validez de dicho esquema tradicional, por lo que se ha llegado a la conclusión de que deben introducirse cambios substanciales en el mismo, motivados en primer lugar por la explosión de nuevos conocimientos científicos y tecnológicos en general y en la medicina en particular, lo que ha traído como consecuencia, no sólo un incremento de lo que hay que enseñar, sino que surgieron nuevas disciplinas y especialidades, así como nuevas cátedras y asignaturas, lo que motivó una lucha constante para impedir el aumento de los ciclos o años de estudios manteniéndolos dentro de cierto límite de tiempo.

La segunda razón, ya citada también anteriormente, es que se ha establecido que la meta primordial de la medicina es su función social, con lo que se ha comenzado a comprender que los problemas de salud de la comunidad no pueden ser resueltos por acciones curativas a nivel individual. En los países del tercer mundo en vías de desarrollo, entre los que están los de América Latina y entre ellos el Perú, se mantiene aún un grave y conocido problema de Salud Pública generado por el círculo vicioso: malnutrición, enfermedad e insalubridad —baja productividad y escasez de recursos— más enfermedad y cada vez mayor insalubridad. Esto planteó a la Medicina un reto en la esfera de la salud colectiva, con la agravante de que las Facultades y otras profesiones de la Salud, actúan al margen de la realidad nacional, no preparando a los nuevos profesionales de manera adecuada

para enfrentarlos. Esta fué la razón por la que como primer paso, dentro de la estrategia de cambios, tendiente a modificar la actitud de los estudiantes, se recomendó en los distintos seminarios realizados a nivel nacional e internacional, que las antiguas Cátedras de Higiene fuesen sustituidas por Departamentos de Medicina Preventiva, Social y de Salud Pública, teniendo a su cargo la enseñanza de diversas asignaturas escalonadas a lo largo de toda la carrera y el ensayo de nuevos métodos docentes, entre ellos la participación activa de los alumnos en estudios y programas de Salud Pública en comunidades urbanas y rurales. Esta importante misión debiera haber sido cumplida fundamentalmente por los docentes integrantes de esos departamentos en todas las Universidades con Programas de Medicina. A ellos se les encomendó fuesen dinámicos, persuasivos y tenaces agentes de esos cambios. Es poco lo que se va logrando en términos generales, los resultados obtenidos están muy por debajo de las expectativas trazadas, la evaluación es aún negativa. Ha faltado conveniente liderazgo, así como sensibilidad y entusiasmo, al poner en ejecución los planes considerados, así como falta de entrega a la obra departamental. A su vez falta de conveniente respaldo e incentivos de las autoridades universitarias, así como falta de comunicación con las autoridades y funcionarios del Ministerio de Salud Pública e incomprensión de objetivos, dado que los miembros de los Departamentos de Medicina Preventiva, Social y de Salud Pública son o han sido integrantes de dicha repartición estatal, en la que no contaron con suficientes facilidades para el mejor cumplimiento de sus tareas educativas.

En el **Diseño del Currículum y en el Plan de Estudios** se consignan los diversos cursos dentro de un ordenamiento y una secuencia determinada, debiendo establecerse previamente los que tienen el carácter de **obligatorios**, por ser sustancialmente formadores y los que podrán tomarse **electivamente**.

Este proceso, que implica la necesidad de tener una clara idea clasificatoria de los cursos y de su valor pedagógico, no se ha cumplido en las Facultades de Medicina, a pesar de que en algunas oportunidades hubieron planteamientos teóricos tendientes a ubicarlos tanto en la etapa pre - médica, pre - odontológica, pre - obstetricia, etc.; como en el pre - grado de las profesiones médicas. Se llegó en oportunidades a considerar que para poder incluir en esta última etapa, es decir, en el pre - grado a los cursos electivos, debían bajarse, craso error pedagógico, al ciclo de estudios generales, a cursos obligatorios, pertenecientes al ciclo básico de los estudios médicos, para así dar cabida a ese nivel a dichos cursos electivos, escalonándolos también a lo largo del Plan de Estudios y en el Diseño del Currículum. Generalmente los cursos electivos están destinados a incrementar la cultura humanística de los futuros profesionales de las Ciencias de Salud.

Adicionalmente, en el Plan y en el Currículum de Estudios hay que dejar claramente establecida la ubicación de los cursos dentro de los respectivos departamentos, pudiendo señalar a quien corresponda la responsabilidad de dirigirlos y la respectiva distribución del personal docente que participará en la enseñanza.

Las modernas concepciones sobre Plan y Currículum de Estudios, hay que destacarlas pues han significado un evidente progreso en la Enseñanza Médica. Ha sido pedagógicamente muy beneficioso que a partir de la planificación y del diseño

del curriculum, hayan aparecido los Sillabis de los Cursos que se entregan impresos oportunamente a profesores y alumnos.

En los Sillabis se establece la filosofía, la doctrina, los fines y las metas que en el desarrollo de la enseñanza se debe alcanzar, así como la metodología y la relación pormenorizada y calendarizada de todas y de cada una de las actividades docentes, ya sea que se trate de prácticas generales y especializadas, clases, conferencias, simposios, mesas redondas, distintos tipos de conversatorios, seminarios, coloquios, consultas bibliográficas revistas de revistas, trabajos extramurales en el medio urbano o el rural, exámenes parciales cancelatorios, bibliografías, etc. Todos estos sistemas pedagógicos que se utilizan actualmente en la enseñanza médica con la ayuda de los modernos sistemas tecnológicos audio-visuales, se dan a los estudiantes dentro de la proporcionalidad y el equilibrio que corresponde, teniendo en cuenta que del número de horas lectivas semanal y diarias, la utilización del mayor porcentaje de ellas, debe corresponder a la "enseñanza práctica" en laboratorios, si se trata, principalmente, del ciclo básico o en los hospitales y otros centros de salud, si del ciclo clínico. Esto obedece o es debido a que en las prácticas la participación del estudiante, en el proceso enseñanza-aprendizaje, es más activa, más inmediata a su docente y tutor, lo que permite un diálogo que, si es pertinente, resulta ser muy provechoso no solamente en la transferencia de los conocimientos, sino en el estímulo e incentivo que el diálogo genera al avivar el interés reflexivo del estudiante e incrementar su avidez por las consultas bibliográficas, lo que favorece y facilita la conversión del alumno en un genuino autodidacta.

Es tanto el progreso que en el Campo Curricular, en la Enseñanza Programada se ha obtenido, que se puede establecer matemática y estadísticamente, la duración o longitud de los ciclos y de los cursos; el número de horas lectivas o pedagógicas, que a cada curso corresponde según sus características; el número de prácticas: la relación numérica entre profesor y alumnos para cada tipo de actividad docente (clases: 1 a 80 — Seminarios: 1 a 30 — Prácticas de laboratorio: 1 a 16 — Prácticas especializadas: 1 a 8 — Prácticas clínicas: 1 a 3, 4 ó 5 ("Educación masiva" — Clases: 1 a 250 — Prácticas de laboratorio: 1 a 32); el número y tipo de tareas ordinarias que se deben encomendar y exigir al estudiante para que se ponga en contacto pedagógico con toda la gama de materias incluidas en una asignatura dada; los tópicos a tratar teniendo en cuenta la prevalencia, la incidencia de presentación de los fenómenos biológicos, conocimientos éstos que devienen de la epidemiología moderna. En fin esta es la importancia del Plan y del Diseño del Curriculum de Estudios, que adoptaron y asumieron las Facultades de Medicina y otras Profesiones de la Salud en las últimas décadas.

Nos hemos referido hasta ahora a lo que se denomina el "**Curriculum Propuesto**", que debe tener la característica de ser real, ético, no hiperbólico, cumplible, alcanzable, no impresionista sino que debe expresar muy claramente que es en realidad una guía de trabajo, para la mejor orientación de discentes, docentes, autoridades y en suma para quienes se interesen, sean o no de la comunidad universitaria. El "**Curriculum Efectivo y Cumplido**" es el que expresa la realidad de lo que ha acontecido en el desarrollo de la enseñanza médica, expresa el balance

total de las actividades cumplidas efectivamente, tanto en el plan de estudios de la Facultad que es el todo, como en cada una de las partes que son los cursos, a nivel de los respectivos ciclos.

Podemos pues establecer que un Curriculum y un Plan de Estudios serán tanto mejores cuando más efectivos sean, pudiendo hacer evaluación del cumplimiento de las metas de las Facultades, en el aspecto de la enseñanza en este caso, a través del estudio matemático de su "Curriculum Efectivo o Cumplido". Estos elementos se transforman así en parámetros para lo que se denomina la "Evaluación Periódica del Diseño del Curriculum y del Plan de Estudios", proceso que debe realizarse, pues, continuamente surgen nuevas técnicas de enseñanza médica, así como nuevos e importantes conocimientos, que implican un relevante progreso de las ciencias de la salud, que necesariamente deben tenerse en cuenta para su inclusión, a propósito de la revisión periódica del curriculum de estudios. Además hay otra razón poderosa que obliga la revisión y es el fenómeno conocido con el nombre de "**Descuartización de los conocimientos**" que es en términos generales cíclico y de unos 8 años de duración, sin que se pretenda establecer que inexorablemente todos los conocimientos sólo tendrán ese tiempo de validez científica. Esta razón poderosa es también motivadora de la necesidad de la revisión periódica del curriculum que está recomendado se haga plenamente cada 5 años.

Al hacer una síntesis final en relación al Curriculum, se debe señalar que es el conjunto de actividades formales de aprendizaje ofrecido por la Facultad, por la Escuela, en nuestro caso específico por las entidades universitarias que se ocupan de la educación o enseñanza médica y de las otras ciencias de la salud. Se deben considerar en él factores escalonados, situados o ubicados como en una pirámide; al primero lo denominan "determinantes básicos del Curriculum" que son por una parte los alumnos y por la otra la sociedad a la que hay que servir, conociendo sus necesidades, así como los recursos con que serán cubiertas; luego las "políticas y principios legales" dentro de los que hay que tener en cuenta a las siguientes: leyes y reglamentos universitarios, planes y política de salud, funciones de la Facultad o Escuela en el **Sistema de Salud**", que aún no existe en nuestro país, y leyes y reglamentos del Ejercicio Profesional. Otro escalón trascendental del curriculum son los "Propósitos y Objetivos del Programa" que son los siguientes: 1º, las modificaciones conductuales y convicciones que se espera producir en los alumnos; 2º, los conocimientos, capacidades intelectuales y actitud científica que adquieren; y, 3, las habilidades y destrezas que adquieren, como expresión de los cambios progresivos que se van generando en el alumno por los mecanismos antes mencionados. Hay que considerar también dentro de la escalada piramidal del curriculum a los "Principios Pedagógicos" referidos a las teorías sobre el aprendizaje, a la organización del conocimiento y a la información que se obtiene a través de investigaciones y experiencias. Al tratar de los "Recursos Docentes", es necesario referirse a todos los aspectos integrales de ese importante ítem, es decir a los "Recursos Humanos" en primer lugar, pues ellos imparten directamente la enseñanza, pero también a quienes la apoyan eficazmente, es decir el personal técnico y administrativo. Son también "Recursos Docentes"; "El tiempo" que se asigna técnicamente para tal ejercicio; "El Presupuesto" económico de que se dispone,

como inversión indispensable para la formación de lo que será el producto, es decir, el profesional que egresará del organismo educativo. El profesional representa una considerable inversión económica por lo que es indispensable "seguirlo", "cuidarlo" y "actualizarlo" continuamente. Son también importantes en el rubro de los "Recursos Docentes" los "Materiales Financieros": instalaciones, equipo, infraestructura con su correspondiente programa de renovación y mantenimiento, debiendo considerarse además una adecuada organización de los recursos docentes preexistentes. Finalmente me referiré al escalón eminentemente pedagógico de la pirámide del Curriculum de Estudios, que es la "**Estrategia y Táctica de la Enseñanza**" en el que están considerados los "**Programas de Estudios**": "**La Integración**" que puede ser horizontal o vertical, intra o extradepartamental, universitaria o interuniversitaria o extrauniversitaria. La "Integración" como sistema pedagógico en la enseñanza médica ha sido muy beneficiosa, pues, ha permitido la proyección docente y la interrelación entre los ciclos, así como superar el fraccionamiento, el parcelamiento, el encasillamiento de las disciplinas en cuanto a la enseñanza, tornándola más dinámica y realista, así como más aplicativa. Cuán beneficioso es que los docentes de los ciclos básicos, participen activamente proyectándose hacia los ciclos superiores y viceversa, superando la antigua tendencia a impartir la enseñanza sin sentido aplicativo y también a no conocer lo básico de las disciplinas que regentan. A este nivel de la "Estrategia y Táctica de la Enseñanza" debemos considerar a las diversas actividades docentes que se convierten en fuentes inagotables de enseñanza, generadoras de proficuo aprendizaje si son manejadas con adecuado criterio pedagógico y utilizando los mejores métodos de enseñanza. No voy a volver a enumerar, por haberlo hecho anteriormente, el vasto campo de las actividades docentes, tan sólo insistiré en señalar la importancia del "**Sistema Tutorial o Semitutorial**", por considerar que es el que permite una relación más íntima y generalmente muy armónica entre docentes y discentes si se ejecuta con absoluto respeto de la libertad formativa y sin interferir el proceso del desarrollo de la personalidad del educando.

El "**Diseño del Curriculum y el Plan de Estudios**" así concebido tiene su respectivo "**Flujograma**", en el que se establecen las funciones, las responsabilidades durante la enseñanza médica, así como constantes ajustes, evaluaciones, se establecen objetivos inmediatos, intermedios y terminales que han de llegar en definitiva a los "Objetivos Educativos", que se definen como los cambios de comportamiento que se espera se hayan desarrollado en el alumno al final de un determinado proceso de aprendizaje, llamándose "**Comportamiento Terminal**" a la suma de comportamientos que definen la manera de actuar del alumno, estudiantes de las ciencias de la salud, al final del proceso educacional.

Como se puede apreciar, los conocimientos y estrategias de aplicación del Curriculum y del Plan de Estudios son en realidad expresión del avance de la técnica de la educación y de los aportes de las investigaciones en "Psicología Educativa" y ante la Explosión Poblacional Educativa", surge la necesidad de enseñar más, con más eficacia, a mayor número de educandos, pero manteniendo los cánones, los preceptos educativos aplicados a la Enseñanza Médica, Autoridades, profesores y alumnos, estamos obligados, es más, desafiados a emprender reformas en favor de una educación médica racional, integral, científica y continuada.

El proceso de modelar la Personalidad Médica a educandos que buscan deliberadamente y vocativamente que les acondicionen su persona para realizar la profesión, constituye la esencia de la enseñanza en medicina. Para esto las Facultades o Escuelas de Educación Médica y de las Ciencias de la Salud, es decir medicina, odontología, farmacia, obstetricia, enfermería, auxiliares en enfermería tecnología médica, deben ofrecer situaciones pedagógicas, ambientales, acciones formales y sistematizadas, armónicamente organizadas para producir en los alumnos los cambios de conducta necesarios para formar integralmente la personalidad profesional conforme a un modelo que signifique el médico necesario para el Perú. Este modelo constituye el objetivo docente mayor de una escuela de medicina y al finalizar como estudiante su carrera médica, podrá demostrar, en el ejercicio de sus funciones profesionales que tiene:

- a) Competencia integral para prestar servicios de salud en el país como médico general; y,
- b) Capacidades y potencialidades básicas para seguir cursos de especialización en el post-grado; pero en la actualidad interesa sobremanera que los profesionales así formados por las Facultades o Escuelas de las Ciencias Médicas o de las Ciencias de la Salud muestren además una actitud favorable a integrarse a los equipos de salud, a ser partícipes armónicos con los trabajadores de salud del cumplimiento de las tareas, que son variadas y múltiples, consideradas en el Plan de Salud, que en nuestro país, en todo caso, está tan sólo parcialmente estructurado.

Antes de proseguir con el importante tema que en las últimas líneas hemos esbozado, me ocuparé de dos factores que significaron razones de evidente progreso hasta 1969 y solamente hasta 1969 en la Educación y en la Enseñanza Médica en el Perú, gravitando muy favorablemente en el Diseño del Currículum y del Plan de Estudios, así como en su desarrollo y funcionalismo vale decir en su Flujoograma

Me refiero primero al notable incremento que tuvieron los medios de información; las "Bibliotecas" fueron reorganizadas, modernizadas, equipadas; se aumentó el personal profesional y el de técnicos; se pusieron a tono al sumarse eficazmente a esa verdadera explosión que hay en el campo de la información escrita para efectos médicos; se abastecieron proficua y convenientemente de libros de textos, de consulta, inclusive poniendo en marcha programas especiales con ayuda de organismos y fundaciones extranjeras, que significaron la adquisición de un número elevado y suficiente de cada libro de texto para ponerlos al alcance de los educandos y de los mismos docentes. A su vez, dentro de programas específicos y contando con la ayuda internacional que ya realizamos, se procedió a vender y alquilar libros médicos, muy bien escogidos a través de encuestas, a precios muy económicos. El otro programa del libro de texto está relacionado con la Organización Panamericana de la Salud, que puso en marcha un original y benéfico sistema que consistió primero, en imprimir autorizadamente libros de texto para casi todas las profesiones de la salud, previamente calificados a través de encuestas, vendiéndose a nivel de Facultades o Escuelas a precios muy económicos, y la segunda variante de este programa fué la calificación previa de grupos de profesores latino-

americanos a quienes se les invitó a que escribieran los libros de su respectiva especialidad docente y profesional en castellano, corriendo la edición, impresión y mercadeo a cargo de esa organización, es decir la Organización Panamericana de la Salud que es parte de la Organización Mundial de la Salud, con sede en Ginebra, creada en 1948 y vinculada con la Organización de las Naciones Unidas. Además las bibliotecas centrales y periféricas incrementaron su hemeroteca y otro género de publicaciones con lo cual cumplieron a satisfacción con las metas y objetivos de la Educación y la Enseñanza médica.

El otro factor coadyuvante que debo mencionar está relacionado con el conjunto de organismos que existieron en las Facultades relacionados con el **Bienestar Estudiantil**. Se caracterizaron por su buena organización y el buen cumplimiento de sus fines, actuaron con fondos y capitales propios y además tuvieron conveniente ayuda y respaldo de la Universidad de esa época. Allí los discentes y docentes tuvieron oportunidad de abastecerse de todo lo que requerían, libros, revistas, equipos, instrumental —tensiómetros, pantoscopios, etc.—, máquinas de escribir y hasta enseres y ropa a precios que significaban hasta el 60 por ciento de diferencia con los del comercio. "**Bienestar Estudiantil**" se ocupaba, además, conjuntamente con asistencia social, de los problemas individuales de los estudiantes, buscándoles solución para los efectos de que no se tornaran en factor negativo de interferencia en el proceso enseñanza - aprendizaje de la educación médica.

Somos conscientes de los cambios ocurridos en la educación en general y en la educación y enseñanza médica en particular, los que están ocurriendo en la actualidad y los previstos para un futuro cercano. Los "**recientes**" se refieren a las tendencias que caracterizaron a las últimas décadas; los "**actuales**" a las tendencias que experimentamos contemporáneamente, hoy en día, en el presente; y los "**futuros**" reflejarán los pronósticos para las décadas previsibles, son prospectivos, basados en proyecciones lógicas derivadas de las tendencias del pasado y del presente.

Estos cambios gravitarán en el futuro a nivel pre - médico (pre - odontológico, pre - veterinario), también a nivel de no graduado y a nivel de post - graduado. Los efectos de estos cambios se observarán en el futuro en los estudiantes, en los profesores, en las instituciones y en las comunidades.

En el último cuarto de siglo se ha observado un extraordinario adelanto científico; un excepcional incremento en las informaciones; un acelerado progreso tecnológico; un éxito considerable en la investigación sistemática en las áreas educacionales; una sociedad que en forma creciente exige servicios de salud de alta calidad, como asimismo mejoras en el sector de la medicina preventiva y por último, un marcado incremento en el costo de la capacitación de médicos.

Entre los adelantos científicos más conocidos, que aún no han motivado suficientes cambios en la enseñanza médica, debemos citar, a los progresos de la energía atómica o nuclear que ha traído consigo una importante disciplina que es la medicina nuclear, en la que se utilizan los isótopos radioactivos como medios de diagnóstico y para la terapéutica específica; la microscopía electrónica que ha permitido estudiar la ultraestructura celular o la patología subcelular definiendo

organelas, mitocondrias, podocitos, etc.; la citogenética; la cito e histoquímica; la biología molecular que asociada a la Bioquímica y a la Biofísica nos describe el metabolismo intermedio, la actividad enzimática y la formación de proteínas específicas a nivel celular, combinada con la Genética nos muestra la acción de genes específicos que determinan la formación y actividad de enzimas y otras que a nivel celular y aún molecular, son las unidades primarias con las que funciona el organismo; los trasplantes de órganos y otros progresos quirúrgicos; los adelantos tecnológicos basados en la electrónica y en la cibernética, han reemplazado a los antiguos métodos de apoyo, ahora se utiliza ampliamente la televisión, cinematografía, cineradiografía, polígrafos, fotografía tridimensional, nuevos instrumentos audiovisuales, computadoras y modelos naturales y plásticos, con lo que ha ganado la enseñanza práctica y la "educación en masa". Es, pues, evidente que una gran parte de los cambios futuros previsible y prospectivos que se producirán en la enseñanza y en la Educación Médica radicarán en estos progresos de la medicina. Hasta el momento que se sepa lo fundamental de estos adelantos científicos, no se ha considerado en los ajustes del curriculum.

Antes de proseguir es bueno dejar establecido, como una especie de conclusión, que los métodos, los planes, el curriculum, la estrategia y la táctica de la Educación y la Enseñanza Médica no es una, sino que existen en suma muchos procedimientos de educación médica y de enseñanza que son buenos, inclusive el tradicional renovado que sigue prestigioso. Todos pueden llevar a la formación de los mejores profesionales; el éxito dependerá en gran parte de la calidad de la enseñanza y de la responsabilidad y hasta de la mística que pongan en la obra autoridades, docentes, estudiantes, personal técnico y administrativo. Conocemos sistemas educativos y de enseñanza médica tan diferentes, como la ya clásica experiencia de la **Escuela de Medicina de la "Western Reserve University"** que a través de la **"integración vertical y horizontal"**, con grados crecientes de **"coordinación"**, el concepto de **"aparato o sistema orgánico"** substituye al de las asignaturas tradicionales, en la determinación de las **"Unidades Curriculares del Ciclo Básico"**. En América Latina la Escuela de Riberão Preto, de la Universidad de Sao Paulo afirma el sistema bajo la dirección de Lucien Lissou en las principales actividades del ciclo básico. Lo mismo en las Escuelas de Medicina de la Universidad de Concepción - Chile, de Cali, en Colombia y muy novedosamente la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Brasilia, no solamente acoge el cambio, sino que incorpora en una misma "unidad curricular" la enseñanza de los aspectos **"normales, patológicos y farmacodinámicos"** relacionados con la **"estructura y el funcionamiento de un aparato o sistema dado"**, e inicia el primer ciclo de enseñanza con una **"unidad dedicada al estudio experimental del proceso de agresión y defensa."**

Todo lo expresado es demostrativo de que "la forma y el modo" de dar la enseñanza y la educación médica es muy variada y que con todos los sistemas, lo reiteramos, se obtiene o se puede obtener resultados positivos. Pero es indispensable dejar establecido, que es de necesidad evaluar en todos los aspectos a las Facultades, a las Escuelas, su organización, su estructura, su curriculum y plan de estudios, el de los cursos, también a los profesores y particularmente a los alumnos estimando que a propósito de esos estudios e investigaciones sobre los distintos elementos o factores que intervienen en la educación médica, surgirá la nece-

sidad de cambios, ajustes y actualizaciones. Además se debe conocer que hay Escuelas que ponen nuevas técnicas de educación y de enseñanza médica en vías de experimentación, como el caso de la "Western Reserve University", con el objeto de encontrar caminos de progreso. Estamos en la obligación como educadores de mantenernos informados.

Asimismo es indispensable que se conozca la importante obra que en enseñanza médica realizan determinadas instituciones internacionales como son la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud a través de la Oficina Sanitaria Panamericana —el Perú es sede de la Zona 4ta. de esa Oficina—, la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, fundada el 29 de Noviembre de 1962 en Viña del Mar - Chile, la sede de su Dirección Ejecutiva y el centro operacional de sus directores o expertos es desde 1966 Bogotá - Colombia, las Federaciones Panamericanas de Asociaciones de Enfermería, Odontología y Medicina Veterinaria, la Unión de Universidades de América Latina con su filial la Unión de Facultades de Medicina de América Latina, que fue en realidad la que organizó las primeras Conferencias de Facultades de Medicina de Latino-América, destinadas a tratar temas de interés común en Educación y Enseñanza Médica, realizadas en México, Uruguay y Chile (Viña del Mar), donde se creó la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina ampliando las características geográficas y funcionales de la Unión y la Asociación Latino Americana de Academias Nacionales de Medicina fundada el 29 de Noviembre de 1967 é integrada por las 7 únicas Academias Nacionales de Medicina existentes en Latino-América, a saber: Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y Venezuela. Esta organización que integramos se dispone a trabajar en forma unida sobre los problemas asistenciales de salud y de enseñanza y educación médica en el continente, dado que tienen cada una de ellas el carácter de ser Nacionales y órganos consultivos de los respectivos gobiernos. Nuestra Academia Nacional de Medicina tiene derechos históricos, abolengo, jerarquía y antecedentes muy significativos, amén de idoneidad de sus integrantes, para seguir participando a nivel nacional y latinoamericano como órgano de consultoría en problemas de asistencia, salud y enseñanza médica. Recordemos con unción que las personalidades médicas más destacadas de la Academia Nacional de Medicina, lo fueron en razón principalmente del mérito que adquirieron en el ejercicio de la docencia universitaria, la enseñanza médica, la investigación y en la asistencia profesional, por lo que es enteramente pertinente que se sume, que conjuncione su actividad a la trascendental obra que realizan en el Continente americano las instituciones que antes hemos mencionado. Como un ejemplo muy objetivo de lo que es el constructivo trabajo de esas organizaciones debo referirme al Centro Regional Documental Médico con sede en Sao Paulo - Brasil de la OPS/OMS, con su Biblioteca regional de Medicina —"Bireme"— y con su Programa de Educación Médica, que dirige Amador Neghme, quien fué el primer Presidente, es decir el fundador, de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina.

A través de su programa informativo - documental para la Educación Médica, proyecta, es más irradia, una obra de culturización y actualización que tiene extraordinaria importancia en el campo de la Enseñanza, de la Salud Pública, de la investigación y de otras actividades profesionales. Ha tenido el acierto el Centro Re-

gional Documental de establecer en el Perú, una sede, a nivel de la Asociación Peruana de Programas Académicos de Medicina Humana, llamada a ser un organismo que favorecerá la educación médica, es más, la enseñanza médica, por las informaciones documentales que prodigará.

De paso diré que es de necesidad que la Asociación Peruana de Programas Académicos de Medicina Humana sea nuevamente de Facultades de Medicina pero renovadas en su estructura y organización. Es propósito que lleguemos a este "status universitario" en las Universidades numéricamente grandes. Decla que la Asociación debe ser respaldada, pues si se producen modificaciones adecuadas a nivel de la Universidad Peruana que la saquen de la penosa, triste y aún caótica situación en que la han sumido, por una parte, la ley vigente, y por la otra las autoridades que la implementaron, estará llamada a jugar importante papel como uno de los organismos que deben intervenir en el proceso de integración de las Profesiones de la Salud y de las Ciencias Médicas, así como en la educación continuada.

El tema de la medicina y de la enseñanza es vastísimo, necesariamente debiera ser tratado con exhaustividad porque hacia él confluyen, como dirigiéndose a un vértice, todos los aspectos de la educación médica que moderadamente está referida a la que corresponde a todas las profesiones de la salud, a las de las Ciencias Médicas, es más a las Ciencias de la Salud. Al hacerlo así rebasaría el carácter de esta comunicación, razón por la que los próximos tópicos los voy a tocar someramente, algunos casi a enunciarlos como en un programa para estimular el interés, motivar la reflexión y la meditación hacia ellos, por la gran importancia que tienen y para que los organismos competentes los incorporen a la agenda de sus debates, para estudio, investigación y ulteriores decisiones. Estos tópicos son los siguientes:

1º Rol de las Universidades en la formación del Personal de Salud.

El Sistema de Salud.

- a) la situación de Salud;
- b) la organización asistencial; y
- c) la organización educacional en salud

Para abordar en el futuro el tema de la formación médica, es necesario situar el problema en el contexto de la realidad de Salud. Existe una interdependencia entre los aspectos que se refieren a la situación de salud de una comunidad, la organización asistencial que tenga y los recursos de educación para el personal de salud con que cuenta; la realidad histórica en nuestro país muestra una falta de coordinación de estos elementos. La "**Situación de Salud**" de nuestro país y de sus respectivas comunidades regionales son la expresión de su nivel de desarrollo socio-económico, lo que es valorable a través del uso de diversos indicadores de niveles de vida. Las características demográficas condicionan la mayor incidencia

de la patología propia de los grupos de edades predominantes, en conjunto con las condiciones ambientales, sanitarias y el grado de urbanización de la población, determinan variaciones locales de morbi-mortalidad posibles de caracterizar como perfiles de patología. Este conjunto de hechos que deben conocerse sobre la situación de salud de una comunidad se traducen en una demanda de atención y **“La Organización Asistencial”** con sus recursos asistenciales: humanos, físicos y económicos de que una comunidad disponga, deberán adecuarse para atender satisfactoriamente la demanda de atención, preservar y promover el nivel de salud de sus miembros, planificando las acciones y dando a la comunidad una amplia cobertura que aún no se alcanza en nuestro país. La complejidad de las acciones requeridas para otorgar una atención integral de salud, lleva a la organización del trabajo en grupo, diferenciando funciones específicas en las distintas categorías de personal: profesional y técnico, con diverso grado de delegación de responsabilidad en personal de colaboración. Las necesidades crecientes de la comunidad y la limitación de recursos de los organismos asistenciales, condicionan una desproporción entre oferta de servicios y demanda de atención, la que es sólo parcialmente satisfecha. La **“Organización educacional en salud”** es de competencia de las universidades, en ellas tiene que recaer la responsabilidad de preparar personal calificado en el nivel profesional y técnico, satisfaciendo la demanda de personal requerido para la atención de la comunidad, debiendo proveerlo en un grado de variedad y calidad técnica que permita llenar las necesidades de la organización asistencial, constituyendo sus equipos de trabajo en salud. En general se aprecia una falta de capacidad del sistema educacional para proveer los profesionales en el número y la variedad requeridos. Hay una evidente falta de coordinación interinstitucional que determina que la formulación de políticas, objetivos y metas de formación de profesionales, por parte del sector educacional, no se encuadre dentro de las necesidades de la organización asistencial.

2º Determinación de objetivos educacionales en la enseñanza médica.

La formulación de los objetivos educacionales requiere de un minucioso proceso de análisis para establecer los objetivos de conducta (terminales, intermedios o inmediatos), que se espera deba haber cumplido a través de sus estudios cada profesional de las ciencias médicas. Del cumplimiento de tales objetivos, resultará una conducta global adecuada o no, a las circunstancias en que le corresponderá actuar.

Estos objetivos deben ser definidos en las tres grandes áreas de la conducta.

1o. **Area cognoscitiva:** Conocimientos (información) y capacidades intelectuales superiores (organización y reorganización del conocimiento, capacidad de asociación, análisis, síntesis y raciocinio, abstracciones y generalizaciones, etc.).

2o. **Area afectiva:** Desarrollo de hábitos y actitudes positivas dirigidas: hacia el estudio independiente y perfeccionamiento continuo, fundamentadas en el conocimiento y método científico; hacia las instituciones de salud, asumiendo responsablemente los roles profesionales y propendiendo al mejoramiento institucional; hacia el personal de salud, integrándose efectivamente a una labor

de equipo; hacia la comunidad, a través de la acción individual o colectiva, contribuyendo activamente a la preservación y promoción del nivel de salud, etc.

3o. Area psico - motora: Dominio de habilidades y destrezas necesarias y referidas para el eficiente desempeño profesional.

Establecidos estos objetivos con precisión, contaríamos entonces con los elementos necesarios para la organización de un buen plan de estudios en el que se diseñarían las actividades educativas que mejor se adecúen al logro de esos objetivos.

3º— La formación médica actual. Nuevas perspectivas.

En el marco de este trabajo o de esta comunicación, no se puede pretender realizar un análisis profundo y exhaustivo de la situación actual en la formación médica, pues tendríamos que referirnos a los múltiples aspectos o facetas que tiene este importante problema, enjuiciando tanto la organización y estructura de la Universidad Peruana como sus actividades académicas y su proyección hacia la comunidad y el país. Sabemos que la organización centralista y vertical, con Consejos Ejecutivos, direcciones académicas y departamentos universitarios necesariamente inoperantes, han causado el marasmo y la anarquía en que se debaten buen número de nuestras universidades que excluyeron de la "vivencia" universitaria a las grandes mayorías de sus respectivas comunidades, vale decir docentes, alumnos, personal técnico y administrativo. Esta negativa situación ha gravitado indeseablemente sobre los distintos Programas de formación profesional, transformándolos en organismos anodinos que ni siquiera pudieron cumplir con las obligaciones curriculares que las disposiciones legales les señalaban, por lo que la formación médica actual adolece de serias deficiencias, dado que los Programas Académicos de Medicina Humana y sus respectivas autoridades permitieron que les fuese conculcada la suprema y específica responsabilidad que tenían de normar, dirigir, orientar, planificar y controlar la formación de médicos, para lo que requerían autonomía académica y presupuestaria.

4º La integración y la coordinación de la enseñanza en las profesiones de las ciencias de la salud.

Proponer una enseñanza integrada y coordinada de las profesiones que integran el grupo de las ciencias de la Salud presupone el reconocimiento de que dicha integración y coordinación es una alternativa posible y además ventajosa a una enseñanza no coordinada. La posibilidad de esa alternativa favorable obliga a hacer una exploración de las características de la enseñanza de cada una de las profesiones de las ciencias de la salud, para en definitiva tomar una decisión que signifique entrega bonificada del servicio de salud a la comunidad social.

5º Qué se entiende por profesión de salud.

Hasta hace poco las llamadas profesiones de la salud eran medicina, odontología y farmacia; obstetricia y enfermería quedaban comprendidas en el campo de la medicina como profesiones auxiliares. Hoy han cambiado los conceptos clasificando a las profesiones de la siguiente manera:

- a) Profesiones de asociación mediata, intervienen directa o indirectamente en las funciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud sobre la base de una preparación de nivel superior, intermedio o elemental; por ejemplo maestros de escuela que actúan modernamente como "promotores de salud".
- b) Profesiones de asociación inmediata, intervienen directamente; ejem. ingeniero sanitario.
- c) Profesiones propias de la salud, ejem. médico.

6º.—Estas profesiones, principalmente las profesiones propias de la salud y las de acción inmediata pueden reunirse en 4 grupos en base a la clase de elemento sobre el que actúan:

ACCIONES PARA LA SALUD

1º.—Sobre las personas

Médicos
Odontólogos
Farmacéuticos
Enfermeras
Obstétricas
Auxiliares y
Técnicos y los
Psicólogos Clínicos

2º.—Sobre el Ambiente Cultural

Sociólogos
Antropólogos Culturales
Educadores Sociales
Administradores de hospitales
Educadores Sanitarios

3º.—Sobre condiciones Nutricionales

Agrónomos
Veterinarios
Nutricionistas
Dietistas
Ingenieros Industriales
Ingenieros de procesamiento de alimentos y los Técnicos de mercadeo alimentario.

4º.—Sobre infraestructura

Ingenieros Sanitarios
Arquitectos
Urbanistas
Epidemiólogos
y ecólogos

Habría que agregar dos grupos más:

1º.—Planificadores de Salud

Médicos y grupos anexos, etc.

2º.—Administradores

Secretariado médico
y otro personal

Se puede concluir en principio que todas las profesiones inciden o afectan de una u otra manera el campo de la salud.

7º.— Divisiones de Salud Universitaria.

De lo que se trata pués, es de crear algún organismo que coordine o integre a las profesiones de salud. Estos organismos deben ser las Divisiones de Salud Universitaria que actuarán primero a nivel de su propia universidad y segundo a nivel interuniversitario, para distribuir orgánica y racionalmente la obligación de enseñanza, de formar al personal pertinente de los equipos de salud. El núcleo central de la enseñanza deben ser las universidades, debiendo participar a los dos niveles las instituciones usuarias de los profesionales: Ministerio de Salud, Seguridad Social, Institutos Armados, Escuela de Salud Pública y Colegios Profesionales. Estas instituciones deben asumir plena responsabilidad en las tareas, incluso docentes, que les asignen o les deleguen participando en la preparación del personal a distinto nivel, tanto en el medio urbano como en el rural, además deben apoyar económicamente con partidas presupuestarias permanentes de incremento progresivo los planes educativos de enseñanza médica, así como la investigación. Esto debe ser entendido en particular por la Seguridad Social en nuestro país, que es una de las organizaciones asistenciales que más profesionales requiere. Deberá entenderse también que debe ampliar no sólo la cobertura de los riesgos, sino incrementar su acción en el campo de la medicina preventiva y social, que por ahora está circunscrita a un programa de madre y niño a propósito de la cobertura del riesgo maternidad - recién nacido - lactante. Los antecedentes del apoyo irrestricto que se da en México debiera ser tomado en cuenta.

8º.— Explosión Poblacional Educativa para Medicina.

Significa gravísimo problema para las universidades la masividad estudiantil, que al ingresar a los estudios de medicina rebasando el cupo, el número clausus, encuentra a las facultades sin posibilidades materiales, físicas y de recursos humanos, es decir docentes, en número suficiente principalmente en el ciclo básico, para impartir la enseñanza. A pesar de los esfuerzos que se hacen para dar lo que hoy se llama "la educación en masa racionalizada", más son los fracasos y las frustraciones que se obtienen que los resultados aceptables. Esto es también debido a que ese tipo de enseñanza médica tiene que ser apoyado por los mejores métodos didácticos y tecnológicos. En la actualidad los estudios médicos, tanto en la pre-médica como en el pre o en el post-grado, no reciben prácticamente ningún apoyo de las autoridades universitarias, con lo que se agravan los problemas que ellos mismos generaron. Me estoy refiriendo particularmente a la situación penosa y sombría que vive la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

9º.— Formación de docentes para el ciclo básico de estudios médicos.

Hasta la actualidad no hay un sólo programa nacional aceptable para solucionar o paliar este grave y agudo problema. Los centros multinacionales que se han formado con ayuda de fundaciones y otros organismos internacionales, son un intento aceptable, pero la exigüidad del número de becas integrales atenta contra los resultados del programa de maestría. Además, los pocos "master" que se forman ni siquiera son acogidos en su seno por la Universidad. Es evidente que las autoridades acusan peligrosa miopía.

Actualmente se hacen esfuerzos para ampliar los centros multinacionales para

la formación de docentes del ciclo básico, merced al esfuerzo por ejemplo de la Asociación Panamericana de Anatomistas, que está en vías de cristalizar un programa de esa naturaleza.

10º.— Centros Educativos para el Ciclo Clínico de las profesiones de las Ciencias Médicas.

Unidades docentes hospitalarias zonificadas o sectorizadas geográficamente, con centros de salud, servicios periféricos y actividades extramurales programadas.

Las unidades docentes hospitalarias deberán significar la existencia de una verdadera Escuela de Medicina en cada hospital general y mixto calificado. Deberán contar con todos los departamentos y todas las especialidades. Su filosofía y organización debe responder al concepto de asistencia y docencia integradas a todo nivel, debiendo presupuestariamente depender de las instituciones no universitarias que las tienen a cargo. Deben ser organismos casi autárquicos, es decir estar en condiciones de cubrir las necesidades asistenciales y docentes con sus propios recursos. Desde el ángulo docente hay que considerar que se pueden enseñar cursos del ciclo básico como por ejemplo la morfología y hasta determinados capítulos de la Fisiología. Las Unidades Docentes hospitalarias son una buena fórmula para resolver el problema de la masividad estudiantil. No se propone una utopía, es factible la conversión de los hospitales de la capital. El "Dos de Mayo", el "Loayza", el "Obrero", el "Empleado", el "Complejo Hospitalario del Callao" podrían sin grandes inversiones ser, dentro de un plan progresivo, buenas Unidades de Docencia.

11º.— Las Universidades no deben en la actualidad aspirar a tener hospital Universitario Propio por ser antieconómico y por ende depredador de los presupuestos universitarios.

12º.— Todas las dependencias de salud correspondientes a Zonas y Áreas hospitalarias en que está dividida la República deben ser centros de enseñanza y adiestramiento de las profesiones de la salud y de las Ciencias Médicas.

Al finalizar nuestra exposición hablamos deseado ocuparnos con exhaustividad pero nos es imposible hacerlo, del problema relacionado con la formación de Ayudantes de Medicina y Personal Asimilado que motivó el 17º Informe del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar, publicado por la OMS en el N° 385 de su Serie de Informes Técnicos. Se trata de un estudio prolijo y exhaustivo que recoge encuestas anteriores realizadas por expertos en determinados países del orbe. Incluye 6 ejemplos de Formación de Ayudantes de Medicina; los "Feldshers" UR (viaje de Estudios de la OMS 1963); "Medical Corpsmen" Ejército de los Estados Unidos (H. Polack 1967); "Adjoint Medicaux de la Santé" Argelia (G.A. Canaperia y M. Kivits 1966); "Health Assistants" Birmania (F. Lichte y H. Pollack 1965); "Medical Assistants" Sudan (B. Kesic 1967); y Auxiliares de Enfermería, Venezuela (B. Kesic 1966).

En los ejemplos mencionados se incluyen cuadros, que revelan las características más diversas en lo que respecta a los pre-requisitos para ingresar a esos

programas, que van desde los 4 años de educación primaria y de 3 a 6 meses de aprendizaje de materias médicas, como son los auxiliares de enfermería que ejercitan la Medicina simplificada en el medio rural de Venezuela con el encargo inclusive de hacer determinados diagnósticos y proceder al tratamiento respectivo; como los Feldshers de Rusia a quienes se le exige 8 años de escolaridad inicial y 3 de programa tanto específico de medicina, como "completador" de la enseñanza secundaria; "los barefoot doctos" o "médicos descalzos" y los "médicos obreros" de la China que después de haber terminado su primer ciclo de secundaria, equivalente al 3er. año de media, son entrenados para ser tales durante 3 meses en un hospital comunal o distrital, al cabo de los que ejercitan acciones elementales de salud tanto preventivas como asistenciales.

Era mi propósito ocuparme con exhaustividad de este problema por las proyecciones que en el momento actual tiene en nuestro país, ya hay regiones sanitarias en las que se ha puesto en práctica la medicina simplificada y hay también quienes propenden en el seno de las Universidades a que se reduzcan cada vez más los años de estudio, aduciendo como razones el tipo de médicos y las funciones que ellos ejercitan en los países antes mencionados, "calcables" estiman a las necesidades del Perú.

Este es un problema vasto que requiere de un amplio análisis. No es el momento de hacerlo pero sí de llamar la atención hacia él en esta docta tribuna. En décadas anteriores ya hubieron conatos de producir "médicos rurales" "médicos Sanitarios" "enfermeros médicos-obstetras", es decir ejemplos negativos de "médicos recortados" que no solamente no requerimos sino rechazamos.

Si compendiamos, para terminar podemos establecer que: el médico debe tener una sólida base científica y humanística, y su misión es promover, preservar, restituir e inclusive rehabilitar la salud del individuo y de la comunidad, considerando al hombre como una unidad bio-psico-social en constante equilibrio con su medio ambiente pudiendo este equilibrio ser alterado por modificaciones del medio interior o exterior. Comparte esta importante responsabilidad, en el momento actual con los trabajadores que con él forman el equipo de salud, integrantes de las profesiones de las ciencias de la salud y de otras actividades conexas. Apoyados por medios intelectuales y materiales variables, dependientes de organizaciones distintas, han de satisfacer a pesar de ello las necesidades del país en materia de salud. Su objetivo es el mismo, el problema es unitario, su formación por ende debiera seguir cauces paralelos.

El creciente aumento de la población mundial, la explosión demográfica que genera considerables necesidades; el adelanto de la ciencia, de la técnica, su penetración en la vida nacional, con las repercusiones sociales que provoca, obligan a preparar profesionales capaces de sumarse al movimiento científico técnico y social. **Son las instituciones educativas** con adecuado y conveniente respaldo de los organismos representativos de los usuarios, ya sean oficiales o privados, quienes han de encargarse de preparar los recursos o elementos humanos necesarios para resolver los Programas de Salud considerados dentro de la Planificación del Desarrollo, entendiendo a ésta según Colm y Gelger "como el conjunto de esfuerzos continuos, deliberados racionales por parte de los gobiernos, para acelerar el proceso de desarro-

llo y para encauzarlo en las direcciones deseadas, mediante una elección amplia y detallada de objetivos y mediante la determinación y asignación de los recursos para conseguir esos objetivos". Los mismos autores conciben dentro de los componentes del proceso de Planificación del Desarrollo a los que se incluyen en el rubro de la "Especificación de los Programas Concretos" entre los que tiene especial preeminencia los programas de salud, estimándose que la salud es uno de los derechos fundamentales de la humanidad y su disfrute ha sido consagrado en las cartas constitutivas de la mayoría de los estados modernos, reconociendo que el mantenimiento de un elevado nivel de salud es un factor esencial para la economía y el progreso social, siendo fundamental incentivo de las actividades humanas.

Pero al mismo tiempo que la salud es un componente esencial del desarrollo y un medio para alcanzarlo y ha de ser por lo tanto uno de los objetivos del desarrollo económico este a su vez, es medio indispensable para el mejoramiento de la salud. Se deduce en consecuencia que todo esfuerzo encaminado a la obtención y mantenimiento de altos niveles de salud, tendrá que ser integrado dentro de una amplia política económica y social, formar parte en definitiva de un "amplio programa de reconstrucción social" en el que debe jugar rol trascendental el Planificador en Salud quien debe sostener filosófica, doctrinaria y económicamente que el hombre con su salud inalterada es un capital irremplazable y que los Programas de Salud Pública deben ser estimados por los Estados como inversión muy provechosa, generadora de alta productividad.

Agradezco a todos por la atención prestada.

LA MEDICINA Y LA ASISTENCIA HOSPITALARIA

ESTUDIO PROSPECTIVO

Dr. Juan A. Philipps

I.— LA SITUACION DE SALUD:

Los problemas de salud en el Perú, revelan la gama de factores negativos que condicionan las enfermedades y su diversa distribución regional, así como las repercusiones de orden económico, político, biológico y cultural.

Las estadísticas de morbilidad muestran la prevalencia de las infecciones agudas y crónicas, la desnutrición, el saneamiento básico deficiente, la vivienda escasa e insalubre, con una carga de promiscuidad incalificable, condiciones de trabajo antihigiénicas, la ignorancia, subempleo, etc. En conjunto, producen una

morbilidad y mortalidad muy altas comparadas con la de los países tecnológicamente desarrollados. La tasa de mortalidad infantil de menores de 5 años llega al 24.9 0/00. El curso del embarazo, parto y puerperio es accidentado, lo que disminuye la expectativa de vida al nacer. Los que sobreviven en estas condiciones tienen un deficiente desarrollo somático y síquico con el consiguiente déficit mental, evidenciado desde los primeros momentos por el bajo rendimiento en la etapa escolar, con una cadena de secuencias negativas futuras frente a las exigencias del medio en que les toque actuar, sea rural o urbano.

Ante tal realidad, urge encarar el problema en toda su integridad, movilizandolos todos los recursos económicos y técnicos posibles, en particular la planificación, la organización y administración de los servicios de salud, la educación, el adiestramiento de profesionales, técnicos y auxiliares.

Es necesario la aplicación de cuantas técnicas modernas se adapten al propósito del plan; la reunificación de acciones de prevención y reparación de la salud en forma práctica, prescindiendo de esquemas teóricos; utilizar racionalmente y al máximo los recursos existentes, evitando el dispendio o duplicación de acciones, procurando una coordinación efectiva, científicamente encarada en lo ejecutivo y normativo de los recursos del Estado entre sí, sin interferencias de ninguna especie.

En la Declaración Final de la Carta de Punta del Este, (1961), se consigna que "posiblemente no ha existido oportunidad en la cual el significado del hombre, síntesis de todos los esfuerzos de la sociedad, se muestre en forma más relevante. Se ha destacado, por quienes tienen la autoridad moral para hacerlo, la esencia humanitaria de todo sistema económico, y no ha habido otra ocasión, ni en el Continente ni en el Siglo, para que se revele un sentimiento de propósito nacional al reconocer la salud, como elemento fundamental del progreso y del desarrollo económico".

Debemos y podemos realzar el ideario y la técnica de las acciones de salud como servicio de bien público y como reafirmación del contenido hipocrático que ennoblece y dignifica nuestra preocupación de hombres concientes del rol social y político que debemos encarar en el momento estelar que confronta nuestro pueblo, sin reticencias ni perjuicios arcaicos ya en etapa de extinción, pensando siempre en el porvenir del Perú, que tiene la determinación plena y decidida de superar el sub-desarrollo, a costa de cualquier sacrificio, pero eso sí, sin hipotecar nuestra libertad y menos la prerrogativa de nuestra soberanía plena. Debemos pues, mirar confiados el futuro, en consonancia con nuestra profunda convicción científica y sobre todo, con la esperanza del desarrollo social, económico, jurídico y cultural de nuestra patria.

II.— ALGUNAS CIFRAS DE NUESTRA REALIDAD DE SALUD:

1.— **POBLACION:** Según en Censo de Recursos Humanos para el quinquenio 1971 - 1975, publicado por el Ministerio de Salud, tenemos una población total

de 13'572,052 habitantes, con un promedio de 10.6 habitantes por kilómetro cuadrado. Nuestra Area territorial es de 1'285,215 Km2. La Población urbana representa el 59.6%.

La población esta muy desigualmente distribuida, casi la mitad vive en centros poblados de menos de 2,000 habitantes. De la otra mitad, el área metropolitana de la capital, concentra a la cuarta parte de la población, el resto se distribuye en 346 centros poblados, de los cuales solo 8 tienen 100 a 350 mil habitantes.

La composición por edades, a nivel nacional, alcanza el 45% de menores de 15 años, y que a nivel regional varía entre el 37.9% de Lima y el 50.4% de Oriente.

El índice de natalidad es persistentemente alto con una mortalidad decreciente, lo que arroja un crecimiento vegetativo también alto, con una tasa de crecimiento geométrico de 2.9% anual, que de persistir duplicaría la población cada 23 años.

La inmigración procedente del área rural, hacia las grandes ciudades ha determinado un crecimiento geométrico urbano de 5.20% anual.

2.— RECURSOS:

El 84.3% de los profesionales de salud, ejercen en Capitales de Departamento.

Del total de profesionales en salud en plena actividad:

8.023	Médicos
2.542	Odontólogos,
1.822	Farmacéuticos,
5.040	Enfermeras y
1.050	Obstétrices

El 63% se encuentran radicados en Lima y Callao. En estas dos ciudades, aproximadamente contamos con (1) un médico por cada 709 habitantes; mientras que en otras zonas del país, la proporción es de (1) un médico por 18.000 habitantes. El 72% de las enfermeras están radicadas en Lima ó el Callao.

Hay poca disponibilidad de personal de mando medio (técnicos). En el año 1972 se disponía de solo 12 técnicos de laboratorio y de 5 de radiología por cada 100 médicos.

3.— COBERTURA Y PRODUCCION DE ACTIVIDADES:

Solo el 81.2% de la población tiene acceso a la atención sanitaria permanente.

Los Servicios de Salud en el bienio 1971 - 1972 han producido: 20,592,500 consultas médicas, 1,068,400 egresos hospitalarios, de los cuales el 51% de las Consultas y el 80.5% de los egresos fueron realizados por el sub-sector público.

El rendimiento de las camas fue a nivel del sector de 18.9 egresos cama año, con variaciones institucionales que fluctúan entre 11.4 egresos cama año de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Auxiliares y el 21.5 egresos cada año de los Seguros Sociales.

4.— OTROS FACTORES CONDICIONANTES:

ECONOMIA: Producto bruto interno percapite anual S/. 21.610.

EDUCACION: El 32.3% de la población de 15 años y más anal'abeta. El 60.2% de la población económicamente activa ha aprobado solo tres grados de educación. Todo indica un bajo nivel educativo.

NUTRICION: Alto porcentaje de desnutridos sobre todo en el área rural. Predominio de carbohidratos en la dieta.

SANEAMIENTO BASICO: Insuficiente cobertura de agua potable y alcantarillado. Urbanamente solo se cubre el 39% con agua potable y solo el 27% con alcantarillado. En el área rural 10% de agua y 0.2% de alcantarillado.

5.— CAMAS HOSPITALARIAS: Un total de apenas 31.436 unidades en toda la república. Desigual distribución de las mismas; así una tasa de 4.43 camas por 1.000 habitantes en Lima y Callao y solo 0.71 por mil habitantes, en Puno.

Por cada 10.000 habitantes en toda la República, tenemos:

1.9	.....	Médicos
1.9	.....	Odontólogos
3.7	.....	Enfermeras
0.75	.....	Obstetricas
1.64	.....	Farmacéuticos

Son cifras altamente reveladoras de nuestra realidad sanitaria, que nos hace exclamar con el inmortal poeta: Hermano hay mucho, pero mucho por hacer.

III.— EL HOSPITAL:

Me permito advertir que no me voy a ocupar del Hospital mutilado: como el unisexuado, el que funciona solo por las mañanas, el que no tiene enfermeras, ni dietistas, ni médicos, ni local adecuado, ni presupuesto suficiente.

Todos estamos de acuerdo de que la salud es un componente decisivo del desarrollo económico y del progreso social, por la íntima y recíproca dependencia entre salud del hombre y su bienestar social consiguiente. Estos conceptos fueron sucesivamente enunciados en Buenos Aires (1959), al año siguiente en Bogotá, para consolidarse en la Declaración de Punta del Este en 1961, donde se llegó

al pronunciamiento explícito, en lo referente a atención médica: "procurar que se atienda cada vez mejor a mayor número de enfermos, perfeccionando la organización de los Hospitales y otros Centros de protección y defensa de la Salud".

Los progresos tecnológicos y científicos han tenido hondas repercusiones en el campo de las ciencias médicas y en los servicios profesionales que es su consecuencia; han removido en sus bases lo referente a la formación, capacitación y especialización del personal médico y auxiliar, así como en lo que a equipos e instalaciones hospitalarias concierne. Esto presupone un conocimiento y estrategia metodológica, en la Organización y Administración de los servicios de atención médica y hospitalaria, para la obtención de objetivos, antes jamás imaginados.

Coincidimos con la definición propuesta por el Comité de Expertos en Organización de la Atención Médica de la O.M.S., cuando afirman que: "El Hospital General, es parte integrante de una organización médico-social, que proporciona a la población, asistencia médico-sanitaria, tanto CURATIVA como PREVENTIVA, y cuyos servicios externos se irradian hasta el ámbito familiar. El Hospital es también un centro de formación personal médico, administrativo y de investigación bio-social".

Es cierto también que para el logro de estos objetivos, se deben asignar apreciables recursos económicos en los presupuestos gubernamentales, motivar a la colectividad para obtener su aceptación y concurso, así como a los profesionales de la medicina y ramas auxiliares.

Recordemos que corresponde al siglo XIII el establecimiento de Hospitales no monásticos, dedicados exclusivamente a curar enfermos, sin embargo hasta comienzos del siglo XVIII persistió la tendencia de que los hospitales deberían seguir siendo refugios para pobres.

Al iniciarse el siglo XVIII, los Hospitales para pobres eran asidero de infecciones con un alto índice de mortalidad, toman un nuevo giro en su aspecto social y técnico, gracias a tres pioneros de su reforma: Florence Nightingale (Guerra de Crimea), Luis Pasteur y José Lister.

A fines del mismo siglo, el Estado conciente de su responsabilidad social y sanitaria, incorpora en su política primero el control y ayuda financiera a los hospitales existentes y luego la construcción de sus propios establecimientos de salud. En ésta etapa, con la incorporación de nuevos conocimientos científicos sobre la etiología de las enfermedades y las posibilidades tecnológicas y científicas afines, los objetivos del hospital tuvieron que adaptarse, para cubrir las demandas de la colectividad, imprimiendo nuevas orientaciones en la cobertura de sus acciones. Desaparecen por inoperantes y obsoletas las fronteras que por mucho tiempo constituyeron una pugna entre lo reparativo y lo preventivo, para constituir un todo armónico y complementario. El Hospital Centro de Salud, es hoy una entidad viva, fortalecida, dinámica, proyectada hacia la colectividad, lo que ha ensanchado el radio de acción de los Programas de Salud, utilizando al máximo los recursos físicos y de personal, con positivo beneficio para la colectividad, para el Hospital, para los médicos.

Por otra parte el incontenible progreso científico y tecnológico de las ciencias médicas, y la necesidad de programas de docencia, hace de los hospitales el lugar imprescindible para realizarla a nivel de médicos, estudiantes de medicina y personal afín. Se imparten conocimientos no solamente en las disciplinas traídas de sus escuelas médicas o de otros campos de su formación, sino que a través de programas racionalizados, se les da orientaciones en las nuevas disciplinas de organización y métodos técnicos de ciencias sociales y cuantas otras sean menester ofrecerles, para que conozcan en el desempeño de sus actividades, el rol que deben asumir, frente al hombre en toda su complejidad bio-social, única manera como el hospital podrá responder a las expectativas, esperanzas y exigencias, que el hombre requiere y la colectividad demanda, puesto que con su aporte pecuniario, directo o indirecto, contribuye a solventar los presupuestos cada vez más elevados, que el Hospital necesita para su funcionamiento y desenvolvimiento futuro. El cambio de mentalidad en la dinámica conceptual, de quienes otorgan servicios de salud, requiere auténtica vocación social para interpretar que las "diferencias culturales, sociales y económicas, constituyen precisamente la mayor causa de patología social" y como dice X. Horwitz: "la etiología específica, ha tenido que ceder paso a las causas múltiples, sin cuya presencia el proceso morbido no ocurre. Todas ellas obedecen a ciertas formas de conducta, a determinadas condiciones socio económicas o influencias del ambiente".

El médico no puede olvidar que el "habitat" del hombre es su hogar, su trabajo o la comunidad en la que desenvuelve sus actividades. Por eso cuando llega al Hospital es una "circunstancia" pasajera, donde espera hallar el amparo y comprensión a las necesidades que "sólo" en ese instante reclama para restituir su salud para reincorporarse a su mundo ecológico y social de donde procede. Esto debe evaluarlo el médico con toda probidad, pensando que el objetivo de la medicina es el hombre sano o enfermo, en una constelación que hace variar permanentemente los estados biológicos de salud y enfermedad, de equilibrios y desequilibrios, de resignación y angustia.

Por todo lo expresado, es innegable la importancia que tiene en la integridad formativa de los médicos el estudio de la Antropología Social, la Psicología Clínica, la Sociología, la Estadística Social, la Economía Humana, la Ecología, y otras disciplinas, para poder comprender y resolver los problemas de quienes demandan atención profesional.

Los Hospitales, en términos generales, deben auspiciar programas de investigación en cualquiera de sus dos aspectos clásicos: o se investiga desde el punto de vista fundamental básico o desde el ángulo de la investigación aplicada u operativa, como parte integral de la práctica normal de la medicina, de las otras actividades para-médicas y/o administrativas.

Dudo que pueda existir una institución tan dinámica como el Hospital, donde convergen multitud de circunstancias, que individualizadas, sean factibles de estudio e investigación consiguiente para dar respuestas concretas como solución. Así, muchas veces hemos esperado el fracaso de los Programas de Capacitación, para el personal de todo nivel. Cual fue la causa?... Acaso no se les hizo coparticipes en la concepción de los Programas?... se les impuso fórmulas abstractas contra

los principios pedagógicos?... o fue deficiente la selección del personal docente, o la formación básica de los alumnos no estuvo de acuerdo con la magnitud de los programas?... o tal vez hubieron otros factores que deben ser analizados. Aquí la ayuda del personal de asistentes sociales, psicólogos, antropólogos, sociólogos es de innegable valor.

El Hospital Moderno, por otra parte no puede marginar dentro de su responsabilidad, ante la colectividad, el aspecto referente a la Rehabilitación. Los esfuerzos de los doctores Rusk, Kessler, de los Estados Unidos, Bustamante Ruiz, Costa, creo los pioneros en el Perú tuvieron como meta aquello de que el paciente debe pasar "del lecho al trabajo", poniendo a disposición de ellos una gama de recursos para que el equipo de rehabilitación concentre las acciones de los médicos especializados, fisioterapeutas, enfermeras, ortopedistas, trabajadoras sociales y demás personal técnico especializado, decidida ayuda al paciente a desarrollar al máximo sus aptitudes físicas, emocionales, sociales y profesionales, tratando de eliminar el impedimento físico cuando sea posible como primera prioridad; aliviar la incapacidad en la mayor cuantía como segunda prioridad, contribuir a su reeducación de acuerdo a su capacidad residual como tercera proyección y por último, proporcionarle ocupación en el mercado de trabajo.

Para exaltar la importancia de los programas de Rehabilitación, consignemos lo que dice Mary Switzer "Hemos llegado a un punto en que todos debemos enfocar nuestras aspiraciones nacionales en favor de los inválidos, desde un punto de vista mundial. Los que actuamos en el campo de la rehabilitación debemos recordar siempre que sea cual fuere el trabajo que hagamos con y para los inválidos, cada uno de nosotros es un embajador de la paz".

LA PROSPECTIVA DEL MAÑANA;

En páginas precedentes hemos hecho una revisión panorámica, de lo que ha sido y aún es, la trayectoria de nuestros hospitales, respondiendo cronológicamente a las expectativas y necesidades que se vislumbró entonces, como Programas o metas racionales de acción. Seguramente pocos llegaron a cumplir sus objetivos. Surge la interrogante de saber si efectivamente estamos motivados ya, para incorporar en las futuras acciones, lo que el hombre con nueva mentalidad requiere, lo que la colectividad reclama y lo que la ciencia y la técnica ofrecen.

En una sociedad dinámica, donde el tiempo libre no se ha planificado, donde todos contribuimos a extender la contaminación, comenzando por impurificar las aguas del subsuelo, ríos y mares, rarefacción del aire por el uso inusitado de toda clase de reactores nucleares y de combustión energética, donde las bombas atómicas siembran la muerte por todo el orbe; donde las drogas y excitantes de toda índole se prodigan, donde la estimulación eléctrica del orgasmo (el alambre del placer) hace su aparición competitiva a otras formas sofisticadas del placer, donde el alcoholismo y las enfermedades venereas se disputan a las víctimas, donde la aceleración del desarrollo tecnológico crea desajustes de adaptabilidad cuando el proceso de cambio no se confronta con la capacidad receptiva de la población, cuando se producen migraciones sin orientación y sin recursos de una mínima in-

fraestructura, cuando la falta de alimentos depauperiza al hombre; cuando la vivienda es escasa e insalubre; cuando el analfabetismo es estacionario; cuando la imprevisión e indiferencia de los gobiernos han permitido fabricar mas y mas enfermos; cuando todo esto sucede y muchas plagas sociales acontecen, es indudable que el hombre y la sociedad necesitan, en mayor cuantía una nueva y enérgica política social, proyectada a protegerlo frente a todos los riesgos a que su vida o simplemente su integridad síquica y somática están expuestas.

El progreso se caracteriza por el dinamismo de una sociedad de rendimiento, de allí, que la política social y por ende la política asistencial, se vean presionadas, cada vez mas, por ese dinamismo compulsivo. Esto es básico para que el ser humano, pueda desarrollar plenamente su personalidad, como motor de progreso, pero ello implica el esfuerzo mancomunado de toda la sociedad, para que pueda seguir participando de los beneficios que le ofrece ese progreso, a pesar de las contingencias y vicisitudes de la vida.

Son múltiples los elementos que integran hoy una política social, dándose énfasis a la protección de la salud, al individuo y la familia en todas las etapas de su existencia, cobertura de los riesgos profesionales, desempleo y pensiones, auxilio social, así como la estabilidad en el trabajo para garantizar una renta permanente.

Ante este planteamiento, cual es el panorama de nuestros hospitales en lo que resta de la década del 70?... Y cual la respuesta de los médicos frente al reto de un mundo que se caracteriza por el cambio acelerado de las estructuras sociales en demanda de un bienestar social, de una justicia social?... Nuestra mentalidad será permeable a éstas exigencias, y sabremos adaptarnos a las modalidades inmediatas de estos nuevos planteamientos, que esa dinámica nos urge y exige?...

Por mucho que se afirme que la medicina social no es nueva, y que todos los médicos la sienten la comprenden y la aplican, la realidad observada nos demuestra que esto no es lo general, por que la mayor parte de los médicos estamos imbuidos por el ejercicio clásico de la medicina, porque creemos que nuestra misión se cumple plenamente, resolviendo el "caso clínico", olvidando o posponiendo el concepto de que el paciente es un hombre, considerado como "unidad y como grupo social". Si la enfermedad y la salud se estudian separadamente del ambiente físico, biológico y social, en que aquella se engendra, no es posible entender cabalmente su mecanismo y sus proyecciones. El médico práctico que observa la enfermedad, solo como un cuadro clínico y no en su contenido social (origen y consecuencias sociales de la enfermedad), no está ejerciendo Medicina Social, y no está cumpliendo por lo tanto, la función de su profesión.

Si los Hospitales aceptaran un ejercicio profesional de este tipo, carente de los objetivos que las actuales circunstancias exigen, y no pusieran énfasis, en encarar y resolver los problemas, desde un punto de vista técnico y de contenido social, estarían contribuyendo a su descrédito y marginación consiguiente, ya que todas las instituciones de desarrollo y promoción social, son conscientes en estos momentos del rol que les cabe cumplir, en el progreso histórico del desarrollo. Esto que es válido para todos los ámbitos del quehacer humano, adquiere una significación singularísima, cuando se trata del Hospital que con la potencialidad incalculable

de sus recursos, está llamado a ser rector en la política de transformación que el mundo vive.

Coincido con Guy Caro, cuando dice "Las condiciones de ejercicio de la medicina están unidas al tipo de sociedad, al tipo de civilización, al tipo de hombres y mujeres formados por ésta sociedad y por esta civilización. La actual organización de la protección sanitaria, del ejercicio de la medicina, es uno de los puntos, aunque no el único, que puede provocar una crítica y una recusación de ésta sociedad y de ésta civilización llamada de consumo" (la medicina impugnada).

El Hospital, es y debe ser, parte activa de la cruzada de despegue de los pueblos. Si es verdad que no todo depende ni puede realizar un Hospital, no es menos cierto que su ubicación estratégica en la Comunidad, lo define como un motor capaz de movilizar toda su energía en esta proyección prospectiva, de su potencial social.

En la era de las computadoras, de los transistores, de la bomba atómica, de la televisión, del rayo laser, de los viajes siderales, los eslabones de las nuevas conquistas de la mente humana, hacia un mundo de quimeras, cada vez hace que las distancias se acrecienten; entre lo que constituye el momento 0 (cero) y lo logrado, y sin embargo, se sigue en la carrera de nuevos descubrimientos, para poner la ciencia al servicio del hombre, y no éste, al de aquella, pero la distancia entre los pueblos ricos y pobres, ya no son tan significativas, como lo son, los pueblos cultos de los que no lo son. Es una nueva época, en que el caudal de la fuerza está en la capacidad de inventar a través de la investigación. La riqueza hay que explotarla no solo en las entrañas de la tierra, con el poder de las máquinas o la fuerza del dinero, si no con el cultivo de la inteligencia, en la aptitud de los hombres para la reflexión y la creatividad. Es la era de la organización del talento.

Subsistirán solo las organizaciones que se adecuen a esta problemática, para superar una larga etapa estática y para estar acordes con la velocidad de las nuevas conquistas de la tecnología y la ciencia, de lo contrario se corre el riesgo de quedar rezagados en el proceso de cambio imperante.

De acuerdo a estos planteamientos, los Hospitales deben estar en permanente adecuación de sus técnicas y de sus métodos, con una renovación permanente de conocimientos y aptitudes, ante la corriente veloz del proceso de cambio que el progreso impone.

En la tarde del día viernes 6, la Academia continuó el Programa de actuaciones conmemorativas, desarrollándose temas relativos al Ejercicio de la Medicina. los que se reproducen a continuación:

EJERCICIO DE LA MEDICINA EN LA CAPITAL

DR. JORGE DE LA FLOR V.

La medicina es una profesión de servicio, que como ciencia y arte la ejercemos de acuerdo a normas y principios que se basan en el respeto a la vida, el alivio del dolor y sufrimiento, la confianza, el secreto, el deseo de alcanzar a plenitud el bienestar físico, síquico y social de la persona humana, que nos lleva a restituir, conservar y preservar ese maravilloso complejo que llamamos salud, tanto personal, como de la colectividad; esa responsabilidad de preservar, restituir y conservar la salud individual y colectiva de una población, obliga al médico con esfuerzo y sacrificio, con altura y perseverancia a una constante superación y efectivo perfeccionamiento profesional y científico que asegura el bienestar físico y espiritual de la colectividad entera; pero debido a la ignorancia de algunos que la practican y de muchos que la juzgan a la ligera, se produce a veces un mezquino concepto de nuestra excelsa profesión.

Los principios éticos que condicionan y gobiernan la conducta de los médicos no se diferencian sustantivamente de los que norman la conducta de otros miembros de la sociedad, pero se distinguen por la nobleza y excelsitud de sus ideales y por la proyección social de su quehacer profesional, que obliga al médico a la honestidad, al decoro, a la responsabilidad y eficiencia en el ejercicio y a la integridad moral.

Por estas razones, la práctica de la medicina conlleva responsabilidad y especial dedicación y este ejercicio en el país se ha efectuado en diferentes aspectos y niveles, debiendo considerar la producción de bienes y servicios destinados a prevenir, promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud a través del sector salud, debiendo considerar en él al sector público y al no público. En el sub-sector público la prestación de servicios de salud se ejerce a través del Ministerio de Salud, las Sociedades de Beneficencia Pública, la Seguridad Social, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y las Empresas Estatales y el sub-sector no público privado, pero solo nos ocuparemos brevemente del ejercicio médico en las instituciones o centros de la capital, que dan cobertura o prestación de salud, así como en las instituciones docentes, administrativas y asistenciales; vamos primero a presentar un panorama de como están repartidos los elementos materiales, físicos y humanos en la República, para otorgar los servicios de salud. En una población de 13'572 mil habitantes, según el censo de 1972, 3'801 mil habitantes corresponden a Lima Metropolitana y 9'771 mil al resto del país. Para esta población el país cuenta con 332 hospitales, con 28,228 camas, de los cuales 114 hospitales, con 14,716 camas corresponden a Lima y 218 hospitales, con 13,512 camas al resto del país y la distribución de los médicos en el país, en 1972 era de 8,482, de los cuales 5,937, ó sea

cerca del 70% ejercían en Lima y algo más del 30%, ó sea 2,545 en el interior del país, ó sea que en Lima Metropolitana, que tiene aproximadamente el 30% de la población del país, cuenta con algo más del 50% de los recursos hospitalarios y con el 70% de los médicos. Esta tendencia centralista e injusta se arrastra desde la época de la Colonia, y ésta inadecuada distribución de los servicios de Salud, así como la concentración de los Centros de Docencia Médica en la capital, ha sido la causa de la mala distribución médica.

Creemos conveniente también precisar como estamos distribuidos los médicos que tienen algún cargo, por sectores de trabajo, lo que es estimado en la siguiente forma: en el Ministerio de Salud, alrededor del 50% en la Seguridad Social, alrededor del 20%, en otros Ministerios, Empresas Estatales, Beneficencias y Municipalidades, cerca del 30%, trabajando para el Estado sólo el 80% de los médicos graduados y en ejercicio. El 12% de los médicos colaboran en la Docencia Médica y el 70% de los médicos, además ejercen en forma privada, para compensar la deficiente y baja retribución económica que el Estado otorga al médico, habiendo 30% de médicos que no tienen consultorio privado, cerca del 30% de médicos que no trabajan para el Estado y se estima alrededor del 20% de médicos desocupados.

Si existe alguna aparente falta de lógica en los porcentajes señalados se debe a que el propio Estado burla la ley del trabajo médico con el puesto único, permitiendo que un médico del sector salud, pueda trabajar como médico en otro Ministerio o Empresa Estatal, pero eso sí, pagándole muchas veces solo el 50 o 60% del sueldo mínimo del Sector Salud, corruptela que debe desaparecer de la Administración Pública.

La infra-estructura de salud del país, en la que el médico ejerce es muy mala, punto crucial en que se ha insistido en la última década en estudios médico-sanitarios, conociéndose el deficiente saneamiento ambiental de las poblaciones que lleva a la elevada incidencia de enfermedades gastro-intestinales, lo que sumado a la desnutrición y carencia de educación sanitaria en la mayor parte del país, llega a afectar principalmente a la población infantil, cuya mortalidad llega a cerca del 50% en la primera década de vida y donde la mortalidad estimada en la población general llega a cerca del 17%. Con esta infra-estructura sanitaria que es más grave en el interior del país, sumada a la desocupación creciente y al sub-empleo, se produce una corriente migratoria de la población a la capital de la República, lo que hace que a pesar de la mayor concentración de los servicios sanitarios y asistenciales en la capital, siempre sean estos insuficientes, lo que se traduce en las largas colas y congestión de población enferma en los consultorios de todos los hospitales y en la insuficiente cobertura de cama-hospital, para la elevada proporción que la necesita.

En este ambiente de elevada congestión de población enferma, ejerce el médico, diferenciándose según el centro asistencial donde ejerce, habiendo sectores de mayor poder económico como los Seguros Sociales y las Fuerzas Armadas, cuyos centros asistenciales cuentan con mayor equipamiento y en algunos casos con los más adelantados y sofisticados equipos a pesar de que sólo atienden al 15 y 9% de la población respectiva, mientras que en la mayor parte de la capital y en provin-

cias se atienden en Centros Asistenciales pobremente equipados, con insuficiente personal médico y para-médico y con cobertura sólo parcial de medicamentos.

En muchos de los Hospitales del Ministerio de Salud y en casi todos los de las Beneficencias, el equipo médico es deficiente e insuficiente y a veces no se cuenta ni con los mínimos elementos para dar servicio médico básico, por lo que creemos que las Sociedades de Beneficencia ya cumplieron un rol y una etapa importante en la prestación de servicios médicos en la República, debiendo darles las gracias por la importante labor cumplida, por que en esta época ya devienen en obsoletas, siendo necesario que todos sus centros asistenciales pasen al Ministerio de Salud, pero reequipándolas, mejorándolas y poniéndolas en condiciones adecuadas de trabajo.

Esta insuficiente prestación de servicios se trata de compensar en muchos casos con exigencias de mayor rendimiento del personal médico, al que se le pide cada vez mayor esfuerzo y mayor producción con deficientes condiciones de trabajo, habiendo ocurrido hechos anecdóticos como el que refieren algunas autoridades o ejecutivos, en el que al dar cuenta de la labor y rendimiento de determinados Centros, señalan tal alto número de pacientes atendidos, que al hacer el cálculo de hora-médico por paciente, viene a salir a 30 segundos por paciente atendido, pero si bien esto representa la excepción, si es un hecho concreto que las condiciones de trabajo y de ejercicio médico son muy deficientes en la mayor parte de centros asistenciales de la capital, existiendo por otra parte inadecuado aprovechamiento de los recursos existentes y pluralidad de organismos no coordinados que dan cobertura de salud.

La prestación de salud tiene un costo elevado por el progreso de la tecnología médica y se eleva más, sinó se aprovecha adecuadamente los recursos existentes, viendo con frecuencia la instalación de costosísimos equipos médicos en servicios asistenciales cuya demanda es pequeña, mientras en otros cuya demanda es alta, no cuenta con ninguno de dichos equipos, desperdiándose equipo y personal médico, como sucede en varios servicios de los Hospitales de la Fuerzas Armadas, en relación con los del Ministerio de Salud. Estos grandes hospitales sólo dan atención médica a reducido sector de la población y creemos que tendrían una verdadera orientación social si se abrieran a todo el pueblo que tanto lo necesita.

La falta de coordinación entre los organismos que dan prestación de salud y la creación de un Sistema u Organismo que dicte las normas de salud del país, es un clamor de la profesión médica y del pueblo peruano; existe el Ministerio de Salud, el Ministerio de Trabajo y los Ministerios de las Fuerzas Armadas y Auxiliares que dan cobertura de salud, pero en forma autónoma e independiente, sin existir una política coherente de salud en el país; siendo conocido el hecho que el Ministerio de Trabajo con sus servicios Sanitarios de la Seguridad Social, no sólo cumple los dispositivos emanados del Ministerio de Salud, sinó que tiene sus propias disposiciones autónomas y contradictorias con el Sector Salud, estableciendo diferencias y privilegios en grupos médicos y de población; por eso es reclamado un solo organismo rector para todas las instituciones que den prestaciones de salud, y que dé pautas y dispositivos coordinados y coherentes que obliguen por igual a todos los sectores que tengan programas de prevención, protección, recuperación y rehabili-

tación de la salud, dando normas de educación sanitaria, distribuyendo los recursos necesarios en forma justa y equitativa, para dar a toda la población el bienestar físico y social que merece.

Si ésta es la actividad del médico en los organismos asistenciales, en los administrativos y centrales del sector salud no es menos inquietante. Es el personal técnico-médico sanitario del sector el que planea las diferentes campañas preventivas de salud, susceptibles de ser controladas por vacunación masiva y periódica, dicta las pautas para el control de las enfermedades infecto-contagiosas y organiza acciones sanitarias de carácter nacional contra enfermedades erradicables o reducibles, sin embargo, en forma periódica parece existir desorganización que motiva frecuentes reorganizaciones del Ministerio respectivo, con prescindencia de técnicos de carrera y promoción o encubramiento de personal no idóneo o menos capacitado, debido al favor personal o a móviles políticos de acuerdo a la orientación del nuevo ministro o de nuevos funcionarios directivos con poder o influencia política suficiente para mantener zozobra y permanente inquietud al personal médico de carrera, que después de ser excluido, es aprovechado generalmente por organismos internacionales de salud y debido a este éxodo forzoso, hay en la actualidad varias docenas de ex-funcionarios peruanos del sector salud, que ahora colaboran en organismos internacionales o privados, restando así valiosos recursos técnico-humanos a la población del país.

En las Universidades no se da una formación profesional de acuerdo a las necesidades del país, y el Gobierno no tiene un programa coherente, coordinado con la Universidad de acuerdo a éstas necesidades, ni prioridades. La especialización médica es generalmente deficiente y desorganizada.

El personal médico docente es muchas veces improvisado, de acuerdo a intereses personales o políticos o de grupo, en muchos casos por incompetencia profesional; el profesorado es complaciente a la presión estudiantil y a la demagogia política, deviniendo en desmedro de la formación profesional.

Es absurdo, demagógico e irritante el dispositivo estatal y de la CONUP, (Resolución N° 1606-CONUP-74) que establece que no se puede hacer docencia durante el trabajo asistencial médico. Es que acaso se ignora que la competencia profesional se adquiere con el trabajo médico y que la enseñanza clínica médica tiene que hacerse con pacientes o a propósito de casos clínicos?. Supongo que estos dispositivos han sido dictados por pseudo-educadores o profesionales no médicos, por que me resisto a creer que inclusive los médicos "progresistas" sean autores de tal desaguizado.

Por estas razones el trabajo médico en la docencia se ejercita en forma limitada, y en pocas instituciones es adecuado y completo; agregándose el hecho que el personal docente está muy mal remunerado, existiendo inestabilidad en el cargo, falta de tecnificación e improvisación; sin que exista un curriculum integrado de educación médica en el país.

La educación de post-grado en pocos centros es adecuadamente planeada y eficiente. Algunas universidades reparten Diplomas de cursos de post-grado con

dictados de pocas horas teóricas y algunas han repartido títulos de especialistas en forma frívola y alegre, habiéndose llegado al hecho lamentable de que la Universidad entre en diferendo y polémica con el Colegio Médico por la calificación de especialistas, en un país donde, de los pocos especialistas que hay, la mayor parte son autodidactas, porque la Universidad a través de siglo y medio no se acordó de su función docente de post-grado.

Felizmente en los últimos años ha variado el panorama en la especialización de post-grado, pero todavía algunos Centros de Docencia Médica, no tienen la competencia, ni la seriedad necesarias para este tipo de educación, en la que debe estar integrado el Colegio Médico.

Si bien estas son las formas en que se desarrolla el trabajo médico en las instituciones del Estado o para-estatales habiendo señalado las deficientes condiciones en que ejerce, también debemos señalar que la retribución que se nos paga por nuestro trabajo es igualmente o más deficiente. El sueldo médico es bajo e injusto, habiéndose establecido diferencias de sueldos por el mismo trabajo, recibiendo diferente remuneración los médicos del Ministerio de Salud, Beneficencias, los médicos de la Seguridad Social y los de las Fuerzas Armadas, siendo otra corruptela que también debe desaparecer, ya que hace años que los médicos venimos solicitando, sin ser escuchados, que a igual trabajo se reciba igual remuneración, por lo que pedimos que primero se nivele la remuneración a todos los médicos al Servicio del Estado y en segundo lugar que se mejoren dichas remuneraciones para todos los médicos en forma importante y de acuerdo a la realidad socio-económica actual del país.

Otro de los aspectos de la actividad médica es el ejercicio profesional en forma privada, a través de consultorios privados o clínicos. De las 28,228 camas hospitalarias, el sector privado colabora en proporción apreciable cubriendo el 17% del total, existiendo siempre un déficit cada vez mayor en la proporción cama hospitalaria por cada 1,000 habitantes, que en la actualidad ha bajado 2.08 por cada 1,000 habitantes. Igualmente en la producción de egresos asistenciales por subsectores, el Ministerio de Salud cubre cerca del 48%, las Beneficencias cerca del 12%, los Seguros Sociales el 15%, la Sanidad de las Fuerzas Armadas cerca del 15%. Otras Empresas Estatales y Cooperativas cerca del 4% y el sub-sector privado cerca del 17%, ó sea que es el médico en su ejercicio privado el que colabora con el Estado en forma eficiente en la cobertura de salud de la población del país, recibiendo una retribución económica justa por su servicio profesional en el sector de población económicamente pudiente y este ejercicio privado se realiza por dos razones fundamentales: 1º— por nuestra formación tradicional y 2º— por necesidad vital, ya que desde siempre el Médico ejercía libremente su profesión, como en todos los países del mundo y el Estado casi no se ocupaba de dar prestaciones de salud a la población, por lo tanto los médicos para poder vivir con decoro tenían que recibir una remuneración adecuada por sus servicios o sea un honorario profesional. Con el devenir histórico, el Estado empieza a ocuparse y a interesarse por la salud del pueblo indigente y empiezan a crearse instituciones hospitalarias para menesterosos, en que los médicos trabajaban gratuitamente y los pacientes igualmente eran atendidos en forma gratuita, pero esta ocupación

del Estado no se hacía directamente, sino a través de Sociedades de Beneficencia Pública, creadas y solventadas por donaciones privadas y por legados de benefactores y familias adineradas. Con el advenimiento de la República, y después de varias décadas el Gobierno Central empieza a colaborar y ayudar económicamente a las Beneficencias que atendían a la población indigente. Posteriormente con la creación del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social, es que recién el Estado empieza a construir algunos pocos centros asistenciales y los médicos empiezan a ganar mínimos sueldos, sin exigencias de horario de trabajo, ya que eran remuneraciones casi nominales y el médico obsequiaba altruistamente su trabajo profesional y al mismo tiempo seguía ejerciendo privadamente su profesión.

Con el pasar de los años se crea el Seguro Social Obrero en 1939, con cobertura de salud para los trabajadores y se construye una red hospitalaria nacional con buen equipamiento médico y contratación de personal médico mejor remunerado; remuneración muy superior a la que ganaban los médicos de beneficencia y estatales, pero siempre deficiente, que obligaba a la mayor parte de profesionales al ejercicio privado para subsistir con decoro y dignidad, así hemos continuado posteriormente con la creación del Seguro Social del Empleado y obligatoriedad de postas médicas o servicios asistenciales en Centros de Trabajo, habiéndose hecho ya conciencia en nuestros gobernantes en que la cobertura de salud es una obligación del Estado, pero a pesar de este convencimiento, esto queda sólo en buena intención y se cumple parcialmente, porque desgraciadamente proporcionar cobertura de salud cuesta dinero y mucho y a pesar de que durante décadas se dió atención médica gratis a toda la población que asistía a los Centros Asistenciales del Estado, debido al alto costo de la medicina, el Estado empezó a cobrar pequeñas sumas de dinero por dicha atención, en que continuaba pagándose sueldos mínimos a los médicos, a los que se les exigía ya asistencia obligatoria, control horario y mayor rendimiento asistencial y paralelamente seguíamos ejerciendo privadamente, hasta que llegamos a los últimos años con el actual Gobierno Revolucionario, en que por lo realizado hasta ahora se comprueba que no tiene un programa sanitario coherente y tampoco un cabal concepto del ejercicio de la profesión, ya que en el acápite de Sanidad y Medicina del plan de Gobierno que ya conocemos, se ignoraba que el 70 a 80 por ciento de los médicos trabajaban para el Estado, que hay 30 por ciento de médicos que no tienen consultorio, y que el 70 por ciento que lo tiene, lo hace por necesidad vital y no por afán de lucro y que sólo el 17 por ciento de la población tiene cobertura de salud otorgada privadamente; que cerca del 50 por ciento de la población no tiene cobertura permanente de salud, y que más del 30 por ciento de la población no tiene ninguna cobertura de salud y que en eso no tiene nada que hacer el ejercicio profesional privado, que la infra-estructura de salud del país es de mala a pésima y que en eso tampoco tiene ninguna culpa la profesión médica. Que los médicos del Sector Salud han efectuado los pocos o importantes programas nacionales de prevención, protección y recuperación de la salud de acuerdo a las posibilidades económicas de dicho sector y en concordancia a las prioridades que cada Gobierno le otorgaba de acuerdo a su plan de acción; hasta que llegamos al año 73, en que el Ministerio de Salud cambia su plan de acción en el Sector, disponiendo que casi todos los enfermos de los Hospitales del Estado tienen que empezar a pagar

sumas de dinero relativamente considerables para su escasa economía y empezamos a asistir a la disminución de las colas y a la escasa asistencia temporal de pacientes a las consultas hospitalarias. Felizmente acaba de decidirse, en acertada medida, que nuevamente recibirán atención gratuita la madre y el niño en los Centros Asistenciales, pero deseamos y solicitamos al Gobierno que esta medida se generalice a toda la población enferma del país, que se regrese al sistema primitivo, que la asistencia médica sea gratuita para cualquier paciente en todos los Centros Asistenciales del Estado; siendo necesario e imperativo que la cobertura de salud para toda la población se oriente con sentido social para que llegue a todos los rincones del país. Los médicos siempre hemos estado y estamos dispuestos a colaborar con el Gobierno en la extensión de los servicios de salud para toda la población necesitada, pero exigimos condiciones de trabajo indispensables para ejercer con decoro, dignidad y eficiencia.

Por otra parte, debemos también enfatizar algunos hechos negativos del ejercicio de la profesión, protagonizados por pequeños porcentajes de médicos, pero médicos al fin, que son responsables del escarnio que la prensa sensacionalista ha intentado hacer poco en contra de la profesión médica, ya que es una norma ética a la que estamos obligados sin excepción, en que la práctica de la medicina como medio de subsistencia de sus cultores, no justifica el cobro indebido de honorarios altísimos o desproporcionados al servicio prestado, aprovechando las difíciles circunstancias en que se ejerce determinados actos médicos; aunque conlleve una vida humana salvada, el honorario profesional debe ser justo, equitativo y de acuerdo al nivel socio-económico en que se ejerce; por eso, es que variable porcentaje de la consulta privada que fluctúa entre el 10 al 40 por ciento también es gratuita en la mayor parte de los consultorios, por lo tanto no se justifica y debe sancionarse el lucro en el ejercicio profesional, por lo que en nuestra opinión personal, es perfectamente justificada la iniciativa del Colegio Médico de establecer un arancel justo, equitativo y flexible de honorarios profesionales por acto médico, pero esto de ninguna manera justifica la afrenta que pretende hacer a la profesión médica la prensa, que en forma alarmista e injusta ha hecho un escándalo con motivo de esta iniciativa del Colegio Médico.

Por esto, quienes hemos ejercido entregando incontables horas e interminables noches, sacrificando descanso y hogar, para ayudar a enfermos necesitados, con retribución adecuada o sin ella, creemos que merecemos por lo menos el respeto de la colectividad y de nuestros gobernantes.

Repudiamos el ejercicio de la medicina para alcanzar elevadas posiciones económicas, políticas o sociales.

Repudiamos la información publicitaria en medicina con fines de sensacionalismo científico o para encumbramiento personal o político, como está sucediendo en algunos casos, pero exigimos que se respete la dignidad de los médicos que hemos ejercido siempre con honestidad, eficiencia y con honor.

EL EJERCICIO DE LA MEDICINA EN PROVINCIAS

Por el Dr. Luis Ginocchio Feijó

Debo advertir desde el preámbulo del enfoque que pienso realizar sobre el ejercicio de la Medicina en provincias, que mucho de lo que voy a decir conlleva parte substancial de mi existencia, pues cerca de cinco lustros han transcurrido en tres provincias piuranas. Jaspers define la existencia humana (1), como "existencia decisiva" —que nunca es—, sino que decide en cada caso lo que es. Y disculpándome por mi personalismo, me atrevo a decir, que decidí en 1950 comenzar una odisea médica en las tierras fecundas de Mallares, solamente con la fé en aqueel que me conforta, al decir paulino (2), y premunido de vigorosa juventud, negro maletín clásico con tensiómetro y estestocopio y tantas veces en rocín sumiso y caminante. Fue una medicina de sentidos alertas, y por qué no decirlo, intuitiva, aquel ojo clínico famoso que todavía alcancé en agunos de mis maestros. Fue una medicina práctica, tajante, audaz. Los casos que llamamos difíciles se evacuaban a las ciudades de Sullana y Piura, la primera a una decena de kilómetros, la segunda cerca de una cincuentena. Tuvo un gran significado esta etapa, pues se produjo el choque tremendo, entre lo que acababa de aprender en una urbe como Lima, con historias completas, donde la anamnesis se integraba con análisis, radiografías, biopsias, interconsultas, maestros y bibliotecas. La medicina rural, la que hacía en esa gran hacienda norteña, estaba impregnada de soledad, de yomismo, y de decisiones basadas en un buen interrogatorio y en un precioso examen clínico. Allí terminaba la posibilidad de acertar o de errar. Qué duró me pareció el Perú cuando desamparado estaba frente al enfermo y a su verdad.

Poco tiempo después el ejercicio profesional lo trasladé a Paita y La Huaca. Quizás la única diferencia fue, que en el puerto citado habla un pequeño hospital (no más de 40 camas) y un gran amigo y médico. Me sentí más acogido y recomfortado, aunque en el fondo la medicina que ejercía poco se diferenciaba de la rural primigenia. En La Huaca era medicina rural pura.

Pero, antes de continuar este relato, bueno es que reflexionemos sobre las decisiones del hombre. Viktor E. Frank (3), en un fundamental libro dice algo digno de recordarse: "El hombre "se" decide: como existencia decisiva que es el hombre, nunca decide tan sólo algo, sino también a sí mismo. Toda decisión es auto-decisión, y toda autodecisión es a su vez autocreación. Mientras que creo el destino, la persona que soy crea el carácter que tengo —"se" crea la personalidad que llevo a ser". E indudablemente, cuando se funda el 1º de Setiembre de 1951 el Hospital Obrero de Piura, hoy a 23 años de su fundación y con el nombre de Hospital Zonal N° 1 del Seguro Social, no solamente inicié una nueva etapa de mi vida, sino que una nueva y perentoria decisión debo tomar: permanecer

fuera de Lima, con las lógicas limitaciones de ciudades menos avanzadas y más alejadas del centralismo capitalino. Mi autocreación tenía que cimentarse en la realidad nova que iniciaba a los pies del ínclito Almirante.

Dos entrañables condiscípulos de mi promoción Guillermo Gastañeta, los doctores Jaime Scerpella y Julio Bazán, iban a ser compañeros en la acción médica que fecunda y dinámicamente comenzamos en 1951. Ya no era la medicina eminentemente clínica aludida, sino que se trabajó en equipo, logrando que los análisis más importantes fueran de rutina, así como métodos avanzados nos permitieran hacer un diagnóstico preciso. Se llevaban a cabo en el entonces Hospital Obrero, la colangiografía operatoria, el enfisema retroperitoneal, endoscopías (broncoscopías, esafagoscopías, proctosigmoidoscopías), biopsias, cirugía experimental, examen del líquido cefalorraquídeo, etc., como métodos auxiliares imprescindibles en el estudio de los enfermos. Mucha fue la labor médico-quirúrgica, sobresaliendo el despistaje de tuberculosis, el hallazgo de un alto porcentaje de quistes hidáticos, la publicación de la primera revista médica piurana, la confección de tesis, etc.

Y así diciendo, la medicina de la década de 1950 a 1960 fué extendiéndose y mejorando en la década siguiente con la llegada de especialistas que antes no existían. Sin duda alguna, en los veinticuatro largos años vividos en Piura, el progreso ha sido continuo. Pues no tan sólo, el Hospital Obrero amplió su campo de actividades, sino que el Hospital de Belén y el Hospital Militar, también siguieron en ascenso meritorio.

Hemos esbozado ya las tres fases por las cuales ha pasado en provincias la medicina. Lógicamente, está referida fundamentalmente a Piura, pero estoy casi seguro que con algunas variantes ése ha sido el camino que han pasado los colegas de muchas circunscripciones del Perú. Y resumiéndolas, diremos: una **medicina clínico-intuitiva**, una **medicina científica básica**, y una tercera, que se **integra con la aparición de especialistas**, que aún está por completarse.

No escapará a los médicos, que todavía hoy estas tres formas de ejercer hipocrático se dan en su cabal dimensión, incluso en áreas muy cercanas a centros de alta proyección científica. Es más: cada capital de distrito, provincia o departamento, tiene un ejercicio profesional completamente diverso, de acuerdo a numerosos factores, como son número de habitantes, existencia de Facultades de Medicina, centros geográficos, comerciales, industriales, etc., configurando una distintísima calidad de servicios.

Esto nos llevaría a efectuar un estudio comparativo entre, por ejemplo, diez capitales de departamento tomadas al azar, para apreciar los rangos distintivos entre sus prestaciones asistenciales, y sobre todo, el por qué de las diferencias entre algunas similares. Sería tema de un trabajo de más envergadura, en base a un equipo médico que laborara en las diez capitales escogidas.

LA INCOMUNICACION DEL MEDIO

Uno de los grandes problemas del ejercicio de la medicina en provincias, muy variable en gravedad de una a otra, es lo que podríamos llamar el fenómeno de la incomunicación del médico en sus funciones estrictamente científicas. Podríamos llamar también el fenómeno de la desinformación, ya en un aspecto más específico. Expliquemos lo que sucede en nuestro planteamiento.

No solamente hay incomunicación —en un mundo hacia una tendiente socialización a lo Teilhard de Chardin— cuando dos personas hablan distinto idioma, o cuando hay desniveles acentuados intelectivos, o también, cuando no llegan o no se tienen los medios de comunicación masiva, o cuando se vive el aislamiento de cualquier naturaleza. Hay incomunicación cuando una persona —en nuestro caso el médico— no tiene el libro o la revista que le traiga orientación y conocimiento. En provincias en general, salvo algunas capitales de departamento, y entre éstas incluyo a Piura, no existen bibliotecas médicas dignas de mención, ni siquiera las que podríamos llamar básicas. Recién ahora, se vislumbra un renacer en este aspecto y que está abarcando los hospitales de la Seguridad Social y algunos otros. Es anecdótico y conocido de todos, que cuando se hace un trabajo científico o como en mi caso que he patrocinado tres tesis de Bachiller en Medicina, las personas involucradas debían viajar a la capital para recabar bibliografía. Consecuencia de esto, es no solamente desinformación sino carencia de producción galénica en provincias. Por eso es de remarcar, que recién en el mes de Setiembre de 1954 se publicó la primera revista médica en Piura, que llevó el título de "Boletín Médico Quirúrgico", y cuyo Comité de Redacción estuvo a cargo de Julio Bazán Mariñez, Luis Ginocchio Feijó, Cromwell Vassallo Figueroa, Mario Zubiate Toledo y Arnaldo Alberdi Carrión. Mi primer editorial comenzaba así: Después de larga meditación hemos decidido iniciar la publicación de este Boletín, que no sólo representará la inquietud de un grupo de médicos, donde se volcará la inquietud de su diaria labor, sino que expresará los ideales de la noble profesión. Salimos a la luz sin ninguna pretensión, solamente convencidos de la necesidad que los entretelones de los hospitales no queden relegados entre cuatro paredes, o cómodamente archivados los problemas y casos clínicos en los Departamentos de Estadística". Y el ejemplo de nuestro Boletín que lamentablemente duró un trienio, debía ser reiniciado por nosotros y seguido en todas las provincias. Porque incomunicación es no solamente no tener información de otros lugares del Perú y del mundo, sino también no darla quienes algo podemos aportar en casuística clínica. El alto costo de los libros y de las revistas, las numerosas publicaciones aún muy especializadas, los datos aislados de un hecho clínico necesarísimos para un trabajo, que nos obligan a buscarlos en una publicación húngara o sueca, todo ello implica la existencia de una amplia biblioteca, a su vez bien conectada con otras de mayor proyección.

Agregando en este capítulo de la incomunicación, lo referente a la importancia de los Programas Académicos de Medicina en las Universidades. La existencia de estos centros de enseñanza, de estudio y de investigación, cataliza ex-

traordinariamente el avance de la medicina en una determinada área. Pero no es el caso avanzar en un asunto cuya trascendencia es obvia y cuya creación reclamamos en alguna de las dos Universidades piuranas.

Hay dos aspectos del fenómeno que estamos estudiando en los cuales se ha progresado indiscutiblemente, pero que todavía adolecen de limitaciones. La existencia de filiales de diversas instituciones médicas y quirúrgicas con sede en Lima y la interrelación a través de cursillos, congresos u otras manifestaciones de ampliación y discusión de conocimientos. Quizás podríamos decir, que las diferentes filiales existentes, y lo hago en forma general, deben intensificar su labor institucional, logrando materializar programas de extensión médica a los legos geográficamente cercanos y en un plan definido de acercamiento e información. Además, es lógico, que las referidas filiales intensifiquen la relación entre sus miembros y con aquellos de las otras especialidades, conociendo que los Maestros (ex-Catedráticos, médicos con vocación de enseñanza, etc.) a veces son difíciles de encontrar y dialogar con ellos. El médico consultor, tan necesario en sus perspectivas cognoscitivas y de calidad moral, es a no dudarlo eje de un buen proceso de comunicación. Al dato que otorga se agrega el consejo que alienta Hay que salvar al Maestro del olvido y de la ingratitud. Porque pueblo que olvida o ciudadano que proscribe está en camino equivocado y en peligro inminente. Ojalá el médico nunca pierda, y más bien acreciente, su calidad de grato, de humilde y consecuente, que no significa desconocer su altivez, valentía e independencia.

Hay otras formas conocidas de comunicación, las cuales se cumplen en más o menos intensidad, y que significan una obligatoriedad para todos los que ejercen la ciencia hipocrática. Ellas son: los congresos fuera y dentro del país, la asistencia periódica a centros más especializados, que lógicamente deben racionalizarse y otorgarse en las distintas instituciones asistenciales.

Tenemos que concluir, que en el cuarto de siglo último, el panorama de las situaciones planteadas se ha aclarado, y cada año que pasa el fenómeno se vá definiendo en un in crescendo constante. No hay médico que crea que debe ser una isla o que su saber deba estar congelado en una época o en una circunstancia. Lo que debemos hacer es facilitar por todos los medios para que el médico cuando más alejado está de los grandes centros operacionales tenga no solamente una preparación conveniente y al día, sino que se le otorguen los medios fundamentales para ejercer su profesión. Nadie es tan crédulo ni tan ingenuo para pensar que en una capital de departamento, actualmente y tal como se desarrolla la dinámica de crecimiento del país, desborde en medios y proyecciones a Lima, pero sí podemos reclamar que cuando menos las capitales de departamento tengan la capacidad suficiente para resolver la mayoría de los problemas médico-quirúrgicos. Y también, que en todos los pueblos del Perú el médico ejerza con el respaldo que necesitan quienes debemos responder por la salud y la vida de seres humanos.

LAS ESPECIALIDADES EN PROVINCIAS

Ya en 1956, en un artículo que publicamos en colaboración con mi entrañable amigo y colega Julio Bazán Mariñez (4), enfocamos el problema de las especialidades en provincias, en una época en que estábamos interesados en romper la incomunicación con la apertura hacia nuevas modalidades del saber médico, que de por sí traían elementos jóvenes y técnicas más avanzadas en diferentes campos de la medicina. Decíamos en ese entonces, que era necesaria "la ambientación de la especialidad", o sea que se debía crear conciencia de una labor más específica desarrollada por el profesional. Esta concientización (y nos habíamos adelantado a la palabreja tan en boga hoy) debía proyectarse hacia el paciente, el colega y el público en general. Insistíamos: "En cuanto al paciente es necesario hacerle ver que su atención será mejor, los resultados más eficaces, y darle confianza para tratamientos más avanzados, muchas veces más complejos y dramáticos". A renglón seguido: "En relación al colega hay que llevarlo al convencimiento, que el especialista no es un competidor, sino más bien un colaborador que puede ayudarlo a resolver muchos problemas de su actividad profesional diaria, que él no podría hacerlo". Advertí, que lo escrito se dijo hace dieciséis años, y deben tener presente para juzgar lo antedicho, que fueron expresadas en un medio cuya dinámica conflictual es comprensible. A tal época tal enfoque de un determinado problema. Juzgar lo que sucedió en el siglo XIII, en la época de Dante y Bonifacio VIII, con los parámetros de hoy, no solamente es injusto sino equivocado. No puedo menos, a esta altura del enfoque del problema de las especialidades en provincias, que literalmente copiar las conclusiones de aquel artículo:

- 1.— La Medicina en provincias debe encararse con el criterio de crear las diversas especialidades.
- 2.— La creación de ellas debe estar supeditada a una labor de conjunto de las instituciones sanitarias de cada lugar.
- 3.— Deben contratarse especialistas, de acuerdo a la patología departamental y no dejarse el nombramiento de médicos a las circunstancias e influencias. La provisión de plazas de especialidades debe realizarse por concurso.
- 4.— La solución del problema estaría en la creación de Servicios Departamentales, teniendo en cuenta los factores morbilígenos que predominan en la región.
- 5.— Se necesita una amplia colaboración de los médicos, autoridades sanitarias y dirigentes de las instituciones que tienen a cargo la salubridad pública.
- 6.— En caso de existir varios especialistas se les debe prestar la mayor ayuda posible. A su alrededor puede crearse provisionalmente el Servicio Departamental sobre la especialidad que practican.

Más podemos decir sobre este problema, que cada día se tiende a resolver.

En un Editorial del citado Boletín (5), nos referíamos a los servicios neuropsiquiátricos, como una necesidad rayana en el clamor. Modestamente hemos sido de los

primeros en hacer Neurología y Psiquiatría en Piura. La primera punción lumbar en 1951, con el examen respectivo, inicio mi actividad neurológica, y quizás mi primer peritaje entregado a la Corte Superior de Justicia de Piura, el día 30 de Junio de 1959, marca mi primigenia actividad psiquiátrica en las diez páginas que tenía. Estas fechas señaladas, llanamente para darle autenticidad, si así podemos decirlo, pues desde 1950 había orientación hacia ambas especialidades. Es de leer en aquel lejano Editorial una verdad que aún subsiste: "Es inconcebible cómo determinados hospitales, modernos y bien montados carezcan de los medios neurológicos de diagnóstico y tratamiento. Y es también clamor que no existan servicios psiquiátricos donde alojar y tratar el numeroso grupo de enfermos mentales". Y después de casi una veintena de años, adquiere vigencia la admonición de la inconcebibilidad. De otro lado, es muy probable que fuera de unas contadas capitales de departamento, la mayoría no cuentan con servicios adecuados de Neurología y Psiquiatría. Y ninguna ciudad, incluyendo Lima, tiene la cobertura precisa para resolver integralmente la situación.

Dejo aquí flotando en la inquietud de los Señores Académicos, la posibilidad de invitar a todos los Miembros Correspondientes, para realizar en un futuro cercano, un Simposium, que determine el estado de las especialidades en sus respectivas circunscripciones, número de facultativos y centros de trabajo, aquellas que faltan, las posibilidades y motivaciones que tienen las ya establecidas y las por establecer, etc.

Como una información complementaria, señalamos que en Piura faltan servicios de Anatomía Patológica, Dermatología, Neurología, Psiquiatría, Endocrinología, etc.

LOS MEDIOS TÉCNICOS Y LA INVESTIGACION MEDICA

El extraordinario desarrollo de las ciencias médicas ha obligado a las autoridades institucionales, a los Directores de hospitales y a los profesionales, a una adquisición progresiva de medios técnicos, que incluyen costosos aparatos electrónicos de diagnóstico, instrumental especializado, etc., para lograr una medicina más avanzada en los departamentos del país, y disminuir la distancia que existía con respecto a la capital. Nació esta necesidad de un creciente y angustioso pedido, que sigue dándose aquí en mis palabras y en otras más autorizadas de todo el ámbito nacional, para que los nosocomios tuvieran una jerarquía mínimo compatible con lo que son el diagnóstico y el tratamiento modernos. Es justo también decir, que muchos médicos particularmente, y con su esfuerzo, lograron cristalizar avances dignos de tomarse en cuenta. Por cierto, la presencia cada vez mayor de especialistas en las capitales de Departamento han sido factor fundamental en la adquisición de medios de diagnóstico. Por eso, es conclusivo, que

el especialista no debe quedar desamparado y tener aquello que le permita aguzar su diagnóstico y calificar su tratamiento.

Hay que señalar nuevamente que aún existen diferentes niveles en cuanto a los medios que tienen las distintas regiones del Perú. Esto debemos sistematizarlo para poder apreciar in toto lo que se debe tener a nivel zonal y regional. Y en este sentido me parece, que hay unanimidad en todos los dirigentes de las instituciones de salubridad. Sin embargo, existen vacíos que tienen que llenarse a nivel de cada capital departamental y hasta provincial en algunos casos. Un hospital no debe dejar de contar con un patólogo ni con un psiquiatra: exageraría quizás al decir, que sería como no contar con un cirujano. Esta realidad debe cambiarse automáticamente. Conocemos sí, la escasez de estos especialistas, pero la solución debe buscarse en formas viables a nivel de los Programas Académicos de Medicina Humana en las distintas Universidades con que contamos. Podría aprovechar esta circunstancia para hacer la historia de la adquisición de elementos técnicos en el Hospital Zonal N° 1 de la Seguridad Social de Piura, pero este trabajo se refiere a los grandes lineamientos del problema, que más bien debe enfocarse dentro de un equipo en función nacional. Sería la historia de la adquisición primigenia, veinte años atrás, de un electrocardiografo, pasando por fotocolorímetro de llama, respiradores automáticos tipo Bird, electrobisturi y electrocoagulador, dermatómo eléctrico, desfibrilador, monitor cardíaco, esterilizador tipo Poupinel, hasta un moderno audiómetro. Su adquisición está vinculada a un hombre —en este caso un médico— pues toda obra está identificada con un ser creador, y teologizando, desde el Creador por antonomasia, con mayúsculas y en grado superlativo, hasta quienes a través de la frontalización hemos construido, y creado con minúscula, pues no lo hacemos de la nada, un mundo esplendente y tremendo.

La falta de medios técnicos se vincula con otro asunto fundamental de la medicina en provincias: la falta de investigación y consecuentemente, la escasa producción bibliográfica. El "Boletín Médico Quirúrgico" trató este problema en una nota editorial aparecida en el mes de abril de 1955: "La función del Hospital no sólo debe concretarse a curar enfermos y/o cumplir las rutinarias acciones que trae su diario devenir. La función del Hospital es también tratar de extender su radio de trabajo al campo de la investigación. Quizá no se pueda abarcar todos los sectores orgánicos en forma completa, pero cuando menos tratar de imitar un determinado campo de estudio. Si los Hospitales se concretan a meros 'recipientes' de enfermos, el resultado final será la formación de médicos rutinarios y faltos de la necesaria visión". Más adelante, el editorial apuntaba: "No se podrá jamás hacer investigación en provincias, cuando apenas se cuenta con los medios más indispensables para el estudio y el tratamiento de las más frecuentes dolencias. No se concibe un hospital moderno que no cuente con un completo departamento de anatomía patológica, de un laboratorio bien montado y de los medios necesarios de diagnóstico. La medicina en provincias si bien progresa a pasos agigantados todavía le falta la esencia de su verdadera misión. Le faltan medios importantísimos de diagnóstico y de tratamiento, que obliga muchas veces a los profesionales a enviar a sus pacientes a la capital". A lo anterior agrego, que desde aquel ya lejano 1955, se ha progresado indiscutiblemente, el camino

hacia la descentralización médica capitalina sigue desenvolviéndose en los mismos pasos agigantados que declamamos entonces. Han surgido en Arequipa, Trujillo, Chiclayo, Piura, Ica, Huancayo, Cuzco, etc., centros que dan una prestación médica importante y de calidad.

Cultura médica y cultura humanista en provincias.

Cuando recorría los caminos mallarinos hace un cuarto de siglo la formación del médico en provincias era un trágico dilema; carencia de bibliotecas, de Programas Académicos de Medicina y de Maestros, de sociedades médicas pujantes, de medios de diagnóstico y tratamiento (incluyendo en algunas los rutinarios análisis de laboratorio y una rutinaria radioscopia o radiografía de tórax) de especialistas, etc. La intuición y el ingenio eran formas de pensamiento determinantes, a más de la razón. Se agregaba a este cuadro puramente profesional, el cuadro de lo concerniente a la cultura del mismo. Falta de manifestaciones culturales: teatro, música, pintura, etc. Se vivía la realidad de la incomunicación, aquella que hemos tratado en uno de los acápites anteriores. El médico tenía que autoimpulsarse: salir al extranjero cuando le fuera posible, periódicos viajes a Lima, adquisición personal (y con esfuerzo) de libros médicos y de cultura general, congresos, etc. Un duro esfuerzo para mantener sus conocimientos al día.

Esto que reseño, simplemente como patentización de una realidad lejana para quienes viven hoy en las capitales de departamento, pero una realidad actual para los colegas alejados de dichas ciudades. Hacia ellos debe incidir hoy la ayuda de las sociedades hipocráticas y de los médicos en general, del Estado y de las instituciones. Si Lima debe volcarse —decir Lima quiero decir todos los organismos de Salubridad, centralizados en la capital— hacia los centros departamentales, asimismo, todo el esfuerzo médico de estos centros debe confluir hacia las capitales provinciales y distritales. Una medicina integral para todo el Perú. Solamente así, se logrará dar cobertura eficiente al ser enfermo, alfa y omega de nuestra vocación.

BIBLIOGRAFIA.—

- (1) JASPER, F Citado por V. FRANKI, V. Homo patiens. Pág. 91 Editorial Platin. Buenos Aires, 1955.
 - (2) SAN PABLO. Epístola a los Filipenses (4 13).
 - (3) FRANKL, V. Homo patiens. Págs. 91 - 92. Editorial Platin, Buenos Aires. 1955.
 - (4) BAZAN, J. y GINOCCHIO, L. El problema de las especialidades en provincias. Boletín Médico Quirúrgico. Piura. Mayo - Diciembre 1956. Nº 6.
 - (5) GINOCCHIO FEIJO, L., (L. E. G.) Editorial Boletín Médico Quirúrgico. Enero 1955. Nº 2.
-

EL EJERCICIO DE LA MEDICINA EN LAS SANIDADES MILITARES

Por el Dr. Fernando Castillo Q.

La Sanidad de Guerra presentó durante muchos años, podríamos decir hasta la primera Guerra Mundial, los caracteres de una Sanidad limitada a la actividad bélica.

Todas sus acciones se desarrollaron siempre en el campo de batalla y más que los manuales, tratados o textos, fueron los artistas con sus variadas expresiones los que fijaron sus imágenes.

Ha sido dicho más de una vez que las descripciones de Tolstoi, las representaciones de Delacroix y aún el cine moderno, en fin, de la literatura, la pintura y el cine contemporáneo, han grabado la imagen de esa sanidad en combate al estilo épico, porque así lo fué; de heridos caídos junto a la torre, o la pieza de artillería, semienterradas en sangre y lodo, a los que socorría con los medios más precarios mediante el hombre de la sanidad, el camillero.

Luego se suceden las imágenes de la penosa evacuación hacia los hospitales de sangre en heroicas jornadas. Hospitales en la retaguardia muchas veces improvisados en lugares públicos, alcaldías, iglesias conventos, recorridos febriles y desordenadamente por personal voluntario alternando con enfermeras o enfermeros profesionales, tratando de ejercer más un apostolado que una profesión.

Esta sanidad con sabor heroico fué evolucionando paulatinamente, asimilando los avances de la cirugía, radiología, anestesiología y otras disciplinas, todo esto principalmente durante la Primera Guerra Mundial, y como parte de esta evolución la sanidad no se concreta entonces solamente a la atención de los heridos en el combate sino que comienza a darle importancia a las etapas previas, a la preparación física del individuo para lograr un mejor combatiente y para preservarlo en las duras faenas previas al combate, y nace entonces el concepto de higiene militar. El Cirujano de Batalla deviene en Higienista.

La ciencia médica sigue su avance sin pausa y además de las disciplinas tradicionales, surgen otras nuevas que se incorporan al campo médico ampliando su perspectiva. Es posible entonces con medios más avanzados hacer una selección, realizar la tarea invaluable aunque poco brillante y conocida de mantener a este hombre en las mejores condiciones previniendo enfermedades y adaptándolo lo mejor posible a las exigencias de los nuevos desarrollos de la técnica militar.

La tarea se había ya complicado enormemente, no era ya solo el hecho de colocar un vendaje u operar en el campo de batalla. Había que cumplir una difícil y penosa trayectoria, empleando los modernos recursos técnicos para mantener una máquina humana desde su ingreso al servicio en óptimas condiciones.

Estos requerimientos técnicos han obligado al personal de las sanidades militares a alcanzar un grado de preparación que los capacite para el cumplimiento de una misión cada vez más amplia y compleja.

La capacitación del profesional consagrado a su tarea en el medio militar se ha elevado y alcanzado los mejores niveles del medio civil. Cursos, planes de

perfeccionamiento, programas de investigación, les han permitido obtener una solvencia profesional que ya nadie discute.

Pero, para alcanzar este alto nivel profesional, ha sido necesario luchar sin desmayo en una tarea que en nuestro país, ha contado con el apoyo permanente de la superioridad de las respectivas Instituciones militares, y podemos decir hoy con orgullo que las Sanidades Militares de la nación, cumplen eficientemente con la misión que ésta les ha encomendado.

Como miembro de la Sanidad Naval del Perú, debo afirmar, que nuestra sanidad no ha estado ajena a esta evolución y ha llegado a una etapa en la que los problemas que surgen en ese micromundo que es la institución naval, recorren toda la gama de la medicina, con verdaderos desafíos en el campo de la medicina asistencial, profilaxis, higiene, seguridad industrial, entre otras.

Como no es posible abarcar en un tiempo precario todo el panorama del Ejercicio de la Medicina en los Institutos Armados, sólo me referiré aquí al ejercicio de la medicina en la Sanidad Naval del Perú.

EL EJERCICIO DE LA MEDICINA EN LA SANIDAD NAVAL DEL PERU

La Sanidad Naval del Perú.

La Sanidad Naval, es el organismo responsable en la Marina de Guerra del Perú del mantenimiento y recuperación de la salud del Personal Naval

La Sanidad Naval, tiene asignada como misión el Control Técnico del Centro Médico Naval, Hospitales, Enfermerías de las Bases y Unidades de la Escuadra, siendo una obligación común de todas estas dependencias el proporcionar atención sanitaria al Personal Naval, asignándosele además al Centro Médico Naval labores de Investigación y Entrenamiento. Se establece también que la Sanidad Naval debe seguir el desarrollo científico mundial para adaptarlo al Plan Sanitario de la Marina.

Para el cumplimiento de estas misiones, la Sanidad Naval dispone de las Enfermerías de las Unidades de la Escuela, Enfermerías de las Bases y Estaciones Navales, Dependencias de Tierra, Hospital Naval de Iquitos y Centro Médico Naval.

Su misión es la de planificar, dirigir, promover y acrecentar el proceso sanitario de acuerdo a los conceptos básicos de prevenir, asistir, educar e investigar en el campo de la salud.

De acuerdo a esta filosofía, al Médico Naval se le impone la tarea de promover en la Sanidad Naval, el desarrollo integral de la medicina, consolidar y ampliar la formación profesional-militar y profesional técnica de los Oficiales de Sanidad y contribuir desde esta perspectiva al conocimiento de la problemática de la Marina y capacitarse para participar activamente en el proceso de planificación, dirección y desarrollo.

La Estructura de Carrera del Oficial de Sanidad Naval.

El cumplimiento de la misión encomendada a la Sanidad Naval requiere, pues, de la preparación de Oficiales entrenados tanto en el aspecto Profesional-Técnico como en el Profesional-Militar.

Es cierto que a veces es difícil conciliar ambos aspectos, pero dando la Sanidad la oportunidad de prepararse en ambos, establece una Estructura de Carrera, mediante la cual todos los oficiales de sanidad tienen la oportunidad de desempeñarse y aplicar sus conocimientos en todos los campos.

La estructura o Línea de Carrera, como puede verse en los cuadros Nº 1 y Nº 2, comprende alternativamente períodos durante los cuales el Oficial goza de las ventajas del trabajo en Hospitales, haciendo medicina asistencial con otras épocas en las que necesariamente tiene que estar en pequeñas enfermerías de unidades y dependencias dedicado más a la labor de hacer medicina preventiva, control médico y educación sanitaria.

Esta línea de carrera presenta sin embargo algunos problemas que son materia de estudio por la Sanidad Naval con el objeto de crear una nueva Estructura de Carrera, que ofrezca mayores posibilidades y no exponga al Oficial al peligro de una pérdida de entrenamiento y brinde en el caso de los especialistas mayor estabilidad en los cargos aunque esto tenga que significar menores posibilidades de progreso en el escalafón.

Al respecto han sido muy importantes las conclusiones a las que se llegó, con referencia a este punto, en la Séptima Conferencia de Directores de Sanidades Navales de las Américas, realizada en Lima, la que estableció recomendar la adopción de dispositivos para la educación continuada del personal así como para amenjurar el factor de inestabilidad en los cargos y permitir el desarrollo de la especialización y el ejercicio de las actividades docentes y de investigación.

CUADRO Nº 1

LÍNEA DE CARRERA DEL OFICIAL DE SANIDAD NAVAL

TENIENTE PRIMERO ASIMILADO

Adoctrinamiento en la Escuela Naval
Un año de Embarque
Un año como Ayudante en una Enfermería
en Dependencia de Tierra

TENIENTE PRIMERO S. N. (MC)

Tres años como Ayudante de Servicio
Médico o Quirúrgico o Especializado

Un año de Embarque
Un año en Dependencia de Tierra
Un año en la Fuerza Fluvial

CAPITAN DE CORBETA S. N. (MC)

Tres años como Asistente de Servicio
Médico o Quirúrgico o Especializado
Un año de Embarque
Un año en Dependencia de Tierra
Escuela Superior de Guerra Naval

CUADRO Nº 2

LINEA DE CARRERA DEL OFICIAL DE SANIDAD NAVAL

CAPITAN DE FRAGATA S. N. (MC)

Tres años como Jefe de Servicio Médico
Quirúrgico o de Especialidad
Curso de Administración de Hospitales
Un año de Embarque
Un año en Dependencia de Tierra

CAPITAN DE NAVIO S. N. (MC)

Jefes de Departamento en el C. M. N.
Sub-Director del C. M. N.
Director del C. M. N.
Sub-Director de Sanidad Naval
Inspectoría de Marina

CONTRALMIRANTE S. N. (MC)

Director de Sanidad Naval

Especialización Médico - Quirúrgica.—

Es motivo de permanente preocupación de la Sanidad Naval, la formación de Médicos Especialistas en diversos campos de la medicina. Al respecto, la Marina ha contribuido a la formación de numerosos profesionales, habiéndolos enviado a especializarse en centros extranjeros, especialmente de los Estados Unidos y República Argentina.

Bastará decir que más del 40 por ciento de los médicos que prestan servicio en la Marina de Guerra, han recibido alguna forma de entrenamiento en el extran-

jero y que el 35 por ciento ha sido enviado a cursar estudios de post-gradó por cuenta de la institución.

Siendo la Marina de Guerra una institución altamente tecnificada, ha sido necesario abarcar también aquellos campos de la medicina militar altamente especializados.

Al respecto existen Oficiales de Sanidad Naval con calificaciones en Estado Mayor. Medicina de Buceo, Medicina de Submarinos, Medicina Aeroespacial e Infantería de Marina, que prestan actualmente servicios invalorable con el cultivo de estas disciplinas.

El Ejercicio de la Medicina en las Bases y Unidades.—

El régimen de trabajo médico en las Bases y Unidades, de la Marina, permite a los profesionales asignados a esas dependencias, debido a un horario limitado de trabajo, obtener facilidades para concurrir al Centro Médico Naval u otros centros hospitalarios o docentes, con el fin de proseguir su entrenamiento profesional, dándose toda clase de facilidades especialmente a los médicos docentes.

No existe impedimento para la práctica profesional privada, existiendo más bien un criterio de armonizar el Ejercicio Médico Militar con la Docencia y la Práctica Profesional Privada y no limitar al profesional sólo a sus funciones médico navales.

La labor médica en las bases y unidades es fundamentalmente una labor de tipo preventivo, y puede decirse que todo médico naval es, ante todo, un higienista.

El ejercicio profesional en estas bases y unidades se realiza principalmente mediante exámenes del contingente naval, exámenes periódicos del personal, prevención de enfermedades y educación sanitaria.

El aspecto asistencial está limitado por la misma naturaleza de estas enfermerías de las Unidades y Bases, en donde se dá sobre todo una atención médica primaria, o de primer escalón, y se concreta a la atención de problemas médico quirúrgicos simples que no requieren mayores estudios ni exámenes auxiliares complejos y sobre todo están destinadas a la atención de urgencias.

El Cuadro N° 3 dará una idea de la patología predominante en el hombre embarcado.

El Ejercicio de la Medicina en el Centro Médico Naval.—

Un panorama totalmente diferente es el que ofrece al profesional médico el ejercicio de la medicina en el Centro Médico Naval.

En la actualidad la Sanidad Naval además de su misión fundamental que es la de prevenir, mantener y recuperar la salud del personal naval, hace extensivos sus

servicios a los familiares del personal en actividad y retiro así como al personal civil de la Armada.

Esta amplia cobertura de salud ha significado la transformación de un hospital militar, tal como fué planeado el Centro Médico Naval, en un Hospital General, y ha demandado que se haya ampliado sus instalaciones hasta en dos oportunidades en los últimos cinco años.

El Centro Médico Naval, con equipamiento e instalaciones modernas y completas, provee todas las facilidades necesarias para un eficiente ejercicio de la profesión médica y unido esto a la amplia cobertura a los familiares que ha tenido la ventaja de enriquecer la patología observada, en este centro, significa un estímulo de educación permanente para el médico de la sanidad que en otras circunstancias tendría que recurrir a otros centros para su entrenamiento.

Un equipamiento moderno y completo unido a la concurrencia de médicos y consultores civiles de la más alta jerarquía profesional, proporciona el mejor ambiente para un ejercicio integral de la medicina en las condiciones más satisfactorias.

Mas aún consciente la superioridad de que el ejercicio profesional no puede ni debe limitarse a un solo ámbito y que es necesario facilitar al médico la posibilidad de cumplir además con funciones docentes o de práctica privada, se ha adoptado un sistema de trabajo mediante el cual el profesional escoge su turno de asistencia. Esto hace posible que puedan continuar trabajando en el Centro Médico Naval hasta un 35 por ciento de médicos que también participan en la docencia universitaria con los beneficios que esto conlleva.

Los Cuadros Nos. 4, 5, 6, 7 y 8, aunque incompletos, pueden dar una idea del trabajo realizado por el Centro Médico Naval durante el año 1973.

CUADRO Nº 3

PATOLOGIA PREDOMINANTE EN EL HOMBRE EMBARCADO

ENFERMEDADES DEL OIDO, NARIZ Y GARGANTA	23,44	%
ENFERMEDADES DE LA PIEL	22,09	%
TRAUMATISMOS	12,96	%
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	10,22	%
ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	9,14	%
ENFERMEDADES MENTALES	6,76	%
ENFERMEDADES DEL APARATO URO - GENITAL	2,24	%

— — — — — — — — —
— — — — — — — — —

PATOLOGIA MEDICA	72,92	%
PATOLOGIA QUIRURGICA	27,08	%

CUADRO Nº 4

CENTRO MEDICO NAVAL

CONSULTAS EXTERNAS DEL AÑO 1973

PEDIATRIA	22,095	—	12,88	%
MEDICINA GENERAL	13,263	—	7,73	%
OFTALMOLOGIA	10,994	—	6,41	%
CARDIOLOGIA	10,352	—	6,39	%
OTORRINO	10,205	—	6,00	%
BRONCOPULMONARES	9,854	—	5,80	%
DERMATOLOGIA	9,082	—	5,89	%
TRAUMATOLOGIA	6,623	—	3,86	%
GINECOLOGIA	6,778	—	3,37	%
NEUROLOGIA	5,766	—	3,36	%
UROLOGIA	5,638	—	3,28	%
OBSTETRICIA	5,174	—	3,01	%
GASTROENTEROLOGIA	5,068	—	3,00	%

CUADRO Nº 5

CENTRO MEDICO NAVAL

EGRESOS CLASIFICADOS POR EL DIAGNOSTICO

ACCIDENTES, TRAUMATISMOS Y QUEMADURAS	11,0	%
ENF. DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	6,0	%
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERP.	5,4	%
INFECC. AGUDAS DE LAS VIAS RESP. Y SUP.	5,0	%
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	4,0	%

ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO	3,2	%
ENFERMEDADES DE LOS HUESOS	—	2,9 %
ENFERMEDADES PULMONARES	2,8	%
ENFERMEDADES DEL ESTOMAGO Y DUODENO	2,6	%
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	2,3	%
HERNIAS DE LA CAVIDAD ABDOMINAL	2,3	%
ENFERMEDADES DEL APARATO GENITAL (VARON)	2,1	%
BRONQUITIS	2,1	%
ENF. DEL HIGADO, VESICULA Y VIAS BILIARES	2,0	%
ENFERMEDADES MENTALES	2,0	%
PARTO NORMAL	13,0	%

CUADRO Nº 6

PACIENTES INGRESADOS AL CENTRO MEDICO NAVAL

1 9 7 3

INGRESOS HOMBRES	3,228
INGRESOS MUJERES	2,671
TOTAL	5,899

— — — — —
— — — — —

PERSONAL NAVAL	39,0	%
ESPOSAS	24,5	%
HIJOS	18,2	%
OTROS FAMILIARES	12,1	%
PADRES	7,2	%
CASOS DOCENTES	1,0	%

CUADRO Nº 7

CENTRO MEDICO NAVAL

1 9 7 3

SERVICIOS AUXILIARES

LABORATORIO CLINICO	232,783	Ex.
MEDICINA NUCLEAR	3.300	Ex.
PATOLOGIA	4,052	Ex.

CUADRO Nº 8

CENTRO MEDICO NAVAL

1 9 7 3

TASA DE MORTALIDAD INSTITUCIONAL	2,3	%
TASA DE MORTALIDAD BRUTA	2,8	%
TASA BRUTA DE AUTOPSIAS	23,6	%
TASA NETA DE AUTOPSIAS	23,6	%

El Ejercicio de la Medicina y la Docencia.—

Desde hace 10 años la Sanidad Naval coopera con los programas de Internado de las Escuelas de Medicina de las Universidades Nacional Mayor de San Marcos, Universidad Peruana Cayetano Heredia y Universidad de San Agustín, de Arequipa.

La Sanidad Naval tiene firmado un Convenio de Afiliación con la Universidad Cayetano Heredia para el desarrollo de programas de Internado, Residentado y de Apoyo Bidireccional para la Investigación Médico-Biológica.

De acuerdo con este convenio se ha llevado a cabo el primer ciclo de Residentado Médico a nivel de Medicina, Cirugía, Obstetricia y Ginecología y Pediatría. La selección de los residentes fué realizada por la U.P.C.H. en concurso a nivel nacional.

El programa de Residentado en el Centro Médico Naval se rige por el respectivo programa de la U. P. C. H.

La Universidad Peruana Cayetano Heredia ha provisto al Centro Médico Naval de parte de los Internos, otros han sido provistos por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y por la Universidad de San Agustín, de Arequipa.

Ha sido decisiva para la firma de estos convenios, la catalogación hecha por la Universidad Peruana Cayetano Heredia y la Universidad del Sur de California en el año 1970, de la capacidad del Centro Médico Naval para llevar a cabo un programa de Residentado o Segunda Especialización.

Como resultado de esta evaluación y con el aval de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, un grupo de profesores de la mencionada universidad extranjera, vino ese año al Centro Médico Naval a asesorar a los profesionales de la Sanidad Naval en la conducción del primer año de Residentado en las cuatro especialidades básicas.

El Programa de Cooperación Asistencial, Académica y de Investigación de la Sanidad Naval del Perú a Nivel Nacional ha quedado establecido mediante las relaciones que tiene la Sanidad Naval con instituciones civiles tales como la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y la Docencia Hospitalaria en general. A nivel de Institutos Militares, con el Instituto de Investigaciones Médicas de las Fuerzas Armadas y Auxiliares, así como con los Centros de Alto Nivel Médico y Quirúrgico de las Fuerzas Armadas y Auxiliares.

El Programa de Cooperación Asistencial, Académica y de Investigación de la Sanidad Naval a Nivel Internacional, se lleva a cabo mediante sus relaciones con instituciones extranjeras de la más alta jerarquía, tales como el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, Oficina Sanitaria Panamericana, Escuela de Medicina de California del Sur y Escuela de Medicina John Hopkins.

La Sanidad Naval y la Comunidad.—

La Marina de Guerra del Perú contribuye en la medida de sus posibilidades a la realización de una acción cívica que va perfilándose con magníficos frutos en las áreas en las que ha intervenido.

En primer lugar habrá que referirse al Plan Cívico Fluvial, acción cívica que se desarrolla en los buques que la Marina de Guerra mantiene en la Amazonía, incluido un Buque Hospital. El personal, para llevar adelante este programa, es proporcionado alternativamente por el Ministerio de Salud Pública y por la Marina de Guerra.

Los objetivos de este programa son los de prestar asistencia médica a los pobladores de las riberas de los ríos en las áreas de Medicina Preventiva, mediante campañas de vacunación. Medicina Asistencial mediante el diagnóstico y tratamiento médico, quirúrgico y odontológico. Se llevan también campañas de divulgación sobre higiene, profilaxis de enfermedades infecciosas y normas para el cuidado de la madre y el niño.

Otra área en la que la Sanidad Naval está brindando una positiva ayuda a la comunidad, es la de Trasplantes de Organos y Tejidos. Para terminar, debemos referirnos a otra área en la que la Sanidad Naval brinda también su contribución

a la comunidad y es la del tratamiento de Barotraumas, específicamente en casos de Enfermedad por Descompresión, manteniendo un centro para el tratamiento de estos casos en la Base Naval del Callao.

El Sábado 7 de Setiembre, en el local de la Academia Nacional de Medicina, se reiniciaron las actuaciones a las 11.30 a.m., con la asistencia de Autoridades Universitarias y un representante oficial del Ministerio de Salud.

El señor Presidente Dr. Jorge Voto Bernales expresó lo siguiente:

Señores:

La sencillez de estas actuaciones conmemorativas reproduce la de los precursores de la institucionalidad médica en el país. Al dedicarlas al estudio de nuestra realidad médica y asistencial, en la continuidad del pasado y en las provisiones de lo porvenir, expresamos nuestra coincidencia con su preocupación nacionalista. Además de sencillez y nacionalismo, el movimiento institucional que iniciaron tuvo actualidad, que debemos aspirar a mantener. Evoquemos la realidad médico-social de esa época para comprender la misión que se impusieron nuestros ilustres predecesores: pertenecían a la era estelar de la medicina, en que el hombre-médico gozaba de elevado prestigio social.

Sólo existían dos formas de asistencia médica: la privada y la caritativa. La Medicina giraba alrededor de personalidades nimbadas con aureolas competitivas. Demandó seguramente mucho esfuerzo aceptar la nivelación de las cúspides, para llevar tierra germinal a las instituciones. En el momento de mayor individualismo hubo lugar para el movimiento social. En esto, también nuestra medicina fué creadora y precursora; no necesitó de imposiciones.

Han pasado 120 años; los médicos han desfilado e intervenido en guerras nacionales cruentas, cambios profundos y dos guerras mundiales. La medicina curativa se hace previsor, la individual se hace social, la complejidad tecnológica tiene su contrapeso en la medicina simplificada; la Universidad formadora de élites avanza y se integra en la sociedad; las dos formas de atención médica se diversifican en cuatro: privada, de seguro voluntario, de seguro compulsivo, de financiación oficial. La salud deviene derecho, se establece y se reclama el deber estatal de protegerla mediante enfoques en que convergan acciones multidisciplinarias. La medicina ocupa una posición céntrica y controversial en los programas para superar el subdesarrollo. ¿Cuál entonces el deber de la Academia y de los SS. Académicos para mantener actualizada nuestra misión institucional, repitiendo un juramento o demandando confianza?

Lo primero es conocer, estar al tanto de los problemas y de sus implicancias, con suficiente plasticidad para no aferrarnos a fuer de tradicionalistas a un paso del que solamente podemos conservar legados de honor, patriotismo y dignidad. Lo segundo es influir en la adopción de nuevas actitudes congruentes con la nueva

escala de necesidades. En tercer lugar, acentuar la apertura hacia los enfoques multidisciplinarios, reconociendo que la salud no es ya problema exclusivo de los médicos, sino también de sociólogos, antropólogos, economistas, ingenieros, religiosos, etc.. En cuarto lugar contribuir a la solidaridad y cohesión aplacando antagonismos que deforman la imagen moral de la profesión. En quinto lugar constituir un modelo ético irreprochable, cuya presencia ejemplarice admonitivamente frente a humanas debilidades. En sexto lugar, evitar dogmatismos incompatibles con la sucesión acelerada de los cambios sociales y revisar periódicamente las prioridades. En octavo lugar, conservar alerta la sensibilidad humana ante el dolor y la miseria. En noveno lugar, confiar en la fuerza inspiradora de la juventud. En décimo lugar, ser profundamente sinceros.

Este decálogo es muy modesto proporcionalmente a nuestras responsabilidades con la Academia misma, con la profesión médica y con la colectividad. No obstante, lo propongo como nuevo compromiso institucional en esta fecha memorable. Quiera Dios darnos tiempo y fortaleza para cumplir sus preceptos.

La Academia ha sobrevivido con honor en los 120 años transcurridos, en medio de crisis amenazadoras, sacrificios heroicos y contribuciones elocuentes a la estructuración de la nacionalidad, sin confundirse en la oscuridad de los eclipses ni cegar ante la luz de cada amanecer, admitiendo la variabilidad de los ritmos, venciendo la inercia o graduando los impulsos. Esperamos una nueva aurora para el prestigio social de la profesión médica: contribuyamos a forjarla.

Luego se procedió a develar la Placa en Homenaje a los fundadores de la Sociedad de Medicina de Lima y presentación pública, en mueble especialmente preparado, del Libro de Actas, exponiendo las páginas correspondientes al Acta de Fundación.

Enseguida el Académico Titular, Dr. Jorge Avendaño Hubner, leyó el Discurso de Orden.

Como acto final el Académico Titular, Dr. Juan Francisco Valega, hizo referencia y leyó nuevamente el discurso sobre los Académicos, del recordado Académico Dr. Hugo Pesce.

Con lo que se dieron por terminados los actos conmemorativos.

SESION EXTRAORDINARIA DEL VIERNES 18 DE OCTUBRE DE 1974

Bajo la Presidencia del Académico Titular Dr. Jorge Voto Bernaldes, se abrió la sesión a las 7.45 p.m.

Asistieron los SS. AA. Dr. Trelles Oscar, Avendaño Jorge, Pérez Aranibar Eduardo, Peralta Aurelio, Pezet Guillermo, Fernández Enrique, Manrique Vitaliano, Bancalari Ernesto, Cornejo Ricardo, Garrido Germán y el Secretario Permanente

Dr. Bustamante Ruiz Carlos.

Especialmente invitados concurren los visitantes médicos neurólogos franceses doctores Francois Lhermitte, Dominique Laplane, Raymond Escourolle y Paul Brunet

El señor Presidente saludó a los profesores visitantes en los siguientes términos:

Saludamos a la Delegación Médica que representa en esta visita a la neurología francesa, con profunda satisfacción. Los nombres de Francois Lhermitte, Dominique Laplane, Raymond Escourolle y P. Brunet nos son familiares, están inscritos en una tradición de gran prestigio: la de la escuela neurológica francesa. Hemos mantenido con ella vinculaciones muy estrechas que datan espiritualmente de varias generaciones, pero que fueron reales y efectivas en la persona del inolvidable maestro Jean Lhermitte. Imposible dejar de evocar en este momento su figura dinámica, generosa, creadora y cordial. Guardamos devotamente su recuerdo y nuestra gratitud imperecedera no alcanzará a saldar la deuda moral e intelectual que le debemos. Nos es igualmente grato recordar las figuras de ese fino analista de la semiología que fué André Thomas, del caballeroso y original maestro Barré y del sabio austero que se llamó Raoul Mourgue.

Entre Francia y América Latina, la Neurología ha tenido un puente sólido de afecto y de conocimientos, que ha dado como resultados que 3 de los actuales Presidentes de las 7 Academias Nacionales de Medicina latinoamericanas, —Brasil, Venezuela y Perú— sean coincidentemente neurólogos formados en la escuela francesa.

Reconocemos en esta visita la afirmación de una sugestiva corriente de intercambios; cuyo sentido y proyecciones interesa analizar. En décadas pasadas había una juventud visitante y una madurez receptora. En la actualidad se esfuman los límites generacionales, en los países y en las personas; juventud y madurez asumen en niveles paralelos las responsabilidades de un saber inagotable. Frente al progreso tecnológico, nadie tiene exclusividad de madurez ni de juventud. Se impone el denominador común de la inquietud, de la amplitud en la visión de perspectivas; todos buscamos mutuamente algún valor en la realidad ajena.

América se interesa por Europa como Europa se interesa por América y se estima mejor que antes el axioma de que en todas las latitudes se desarrollan interesantes culturas. El centro del mundo reside en la humanidad que produce; que crea, a donde quiera se se encuentre. Deseamos que los neurólogos franceses compartan nuestras preocupaciones en nuestros centros de trabajo y de estudio, a donde su visita servirá de provechoso estímulo.

En lo que se refiere personalmente a usted, Profesor Lhermitte, ha sabido mantener la tradición docente de su ilustre padre frente a los jóvenes neurólogos peruanos, en forma que compromete a la institución académica nacional. Conviene aquí distinguir entre las labores de las sociedades científicas y los objetivos académicos. Las Sociedades cultivan ciencias que, impregnadas de tecnología, contribuyen a la demitificación del hombre, al quedar homologado dentro de leyes generales que no respetan jerarquías y nivelan nuestros comportamientos en la fenomenología elemental. Las Academias son organizaciones culturales, donde el hombre se redime intelectualmente de la nivelación científica.

Vuestra contribución académica es profusa y valiosa. Ayer os escuchamos disertar sobre el pensamiento y el lenguaje; sostenía usted que el primero precede lejanamente a la palabra. A ese propósito, recordaré un bello texto de Valery: "no guardo ningún recuerdo de la infancia. Tengo mala memoria, bizarra, mejor dicho. Retengo las ideas, las impresiones, pero hechos y palabras me escapan. Recuerdo con precisión sensaciones, pero me es casi imposible evocar los acontecimientos. No hay precisión descriptiva en mí; mi memoria pertenece esencialmente a la sensibilidad general. En cuanto a los paisajes, siento la materia; el agua, las rocas, la planta, más que la disposición general del paisaje, y me importa poco saber si es el golfo de Nápoles o la bahía de Niza. Es la calidad del aire o de la luz misma, lo que me interesa".....

La Academia me ha encargado entregar el diploma que le acredita como Miembro Correspondiente de la Academia, lo que me es grato cumplir con la emoción comprensible en quien lo hace tanto al Profesor Francois Lhermitte, como al hijo del gran Jean Lhermitte.

Luego el Académico Titular Oscar Trelles hizo un conceptuoso elogio de la Escuela Neurológica Francesa en la persona de los distinguidos visitantes, dando lectura al siguiente discurso:

Señor Presidente de la Academia de Medicina;

Señoras;

Señores:

Agradezco especialmente al señor Presidente de la Academia el haberme concedido el honor y el privilegio de la palabra para saludar al profesor FRANCOIS LHERMITTE en su incorporación a nuestra compañía. La figura científica de Francois Lhermitte no necesita presentación pues es un neurólogo eminente, Profesor de la Cátedra de Neurología y Neuro - Psicología de La Salpêtrière, miembro de las más importantes instituciones científicas del mundo y, sin duda, uno de los más altos exponentes de la Neurología francesa. A estas calidades de gran especialista, de maestro prestigioso, de brillante escritor, se aunan, para nosotros, las de ser el Profesor Francois Lhermitte un gran amigo del Perú, como lo ha demostrado en las veces que estuvo entre nosotros en 1963 y en 1967, cuando nos brindó el grato placer de escucharlo y aprovechar de sus enseñanzas, y, en la acogida que presta en su Servicio a especialistas peruanos en vías de perfeccionamiento.

Sin embargo, no está demás recordar algunos lineamientos de su vida, de su labor de investigación en tantos y diferentes parámetros de las ciencias neurológicas.

Nacido en 1921, comienza sus estudios en la Sorbona, es elegido Interno de Hospitales en el Concurso de 1944 y obtiene la Medalla de Oro en 1949. En 1950, Je-

fe de Clínica de la Cátedra de Neurología que regentaba el Profesor Alajouanine. Médico de Hospitales de París en 1954. Profesor adjunto de Neuro-Psiquiatría en 1953. Jefe de Servicio de Neurología y Neuro-Psicología en la Salpêtrière en 1960. Profesor Titular de Clínica de Neurología y Neuro-Psicología en la Facultad Pitié-Salpêtrière en 1962. Director del Grupo de Investigación en Neuropsicología del Instituto de Salud y de Investigación Médica (Inserm) en 1968.

Ultimamente ha sido nombrado miembro del Alto Comité Médico de la Seguridad Social, organismo asesor del Gobierno para conciliar los imperativos del ejercicio de la medicina con los del Seguro Enfermedad, sobre todo en los casos de conflicto entre el interés individual y el interés de la colectividad.

Es miembro de los Comités de Dirección y de Redacción de las más importantes revistas neurológicas internacionales de Francia, de Alemania Federal, de Bélgica y de Italia. Es miembro de múltiples sociedades científicas francesas y extranjeras, entre ellas, desde 1963, Miembro Honorario de la Sociedad Peruana de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía. Ha sido encargado de numerosas misiones científicas a Estados Unidos, Canadá, Gran Bretaña, Bélgica, Alemania Federal, Suiza, Países Bajos, Italia, Brasil, México, Perú, Líbano, China, Argelia, Tunes, etc. Ha recibido numerosas condecoraciones y me es grato recordar entre ellas nuestra Orden del Sol.

Su obra científica es vastísima pues comprende más de 300 publicaciones, memorias, relatos a Congresos Internacionales de Neurología, varios libros y capítulos importantes en diferentes tratados de medicina y de neurología. Pero esta secuencia suscita no dá idea de la integridad de su labor. En ella destacan como jalones principales: I. sus trabajos sobre las leucoencefalitis. II. las investigaciones sobre enfermedades cerebro vasculares, y III. en fin y sobre todo, su vasta obra de trastornos de lenguaje y neuropsicología.

En su tesis inaugural sobre las LEUCOENCEFALITIS, en 1950, fruto de un trabajo de varios años, realizado bajo la dirección de sus maestros Alajouanine, Van Bogaert y Pasteur Valéry-Radot, hace un enfoque profundo y enjundioso sobre este tema siempre de palpitante interés. Este libro, constituye aún hoy, casi un cuarto de siglo después de su publicación, libro de consulta obligado. En él se hace una crítica penetrante de la noción de encefalitis e inflamación, separando netamente el concepto de la **encefalitis enfermedad**, entidad vera, infecciosa, reacción a una noxa microbiana, viral o parasitaria, del síndrome o **complejo inflamatorio sintomático** que es un síndrome resultante de respuestas inmunológicas, tema que tanto se ha desarrollado y proyectado en la neurología actual. En esta obra hace un examen analítico y crítico sobre:

I. **Las Leucoencefalitis humanas**, entre ellas: a) encefalitis post-infecciosas, las encefalitis perivenosas; b) leucoencefalitis hemorrágica aguda de Hurst; c) las afecciones desmielinizantes; 1) esclerosis en placas, 2) la encefalitis de Schilder-Foex, hoy desmembrada, y, en fin, 3) la leucoencefalitis esclerosante sub-aguda de Van Bogaert.

II. **Las leucoencefalitis de animales** que tanto se han estudiado después y que han dado lugar a la noción del virus lento. En fin, III. **Leucoencefalitis experimentales**. En-

lógica de las funciones de los lóbulos frontales; colección de los datos, establecimiento de un plan de resolución de los problemas control incesante de la realización de ese plan hasta el control de la validez de las soluciones obtenidas.

No podemos olvidar la primera descripción de las lesiones cerebrales en "la sobrevida artificial", comas depasados que conduce a una nueva definición de la muerte; la muerte del cerebro sustituyéndose al paro del corazón, el antiguo "ultimummoriens", que ha permitido la frecuencia de autorizaciones para recoger órganos destinados a injertos.

Señoras y señores:

Permitidme en esta ocasión una nota personal. Muchos de los aquí presentes recordamos con respeto, con veneración, la figura extraordinaria del Profesor Jean Lhermitte. Llevar ese nombre habría sido para muchos aplastante. Pero Francois Lhermitte lo lleva con prestancia y brillo añadiéndole tal vez, si posible fuera, mayor lustre. Matemáticos y físicos han demostrado que el tiempo no existe, que es sólo una engañosa dimensión del espacio. Pero para nosotros, ese fluir constante de lo vivido que dinamiza nuestros instintos y se imprime en nuestra conciencia es una realidad auténtica que da unidad a nuestra personalidad y la sitúa en el mundo. Pero hay momentos tan cargados de afectividad que perturban esta ordenada jerarquía del acontecer, en que la evocación produce una sensación de presencia circundante a lo pasado y confunde lo ya vivido con lo presente, el espacio con el tiempo, lo evocado con la realidad, lo soñado con lo acontecido. Es así que ya no sé, en este momento, si me encuentro en Lima o en París, en 1974 ó en los años 30. Solo sé, de seguro, que estamos ante uno de los grandes representantes de la Neurología Francesa, ante uno de los oficianes de esa Meca científica que es "La Salpêtrière".

Profesor Lhermitte, tenéis la palabra.

El Dr. Lhermitte agradeció el homenaje recibido, en su nombre, el de sus colegas y de su patria y dictó una interesante conferencia sobre "FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS DEL COMPORTAMIENTO" llena de referencias clínicas y experimentales del más alto interés académico.

Acto seguido el Académico Presidente entregó al Dr. Lhermitte el diploma que lo acredita como Miembro Correspondiente Extranjero de nuestra institución, por acuerdo de la Junta Directiva.

Tras lo cual se levantó la sesión.

Eran las 9.30 p.m.

SESION DEL 29 DE NOVIEMBRE DE 1974

Bajo la Presidencia del A. Dr. Jorge Voto Bernales y con asistencia de los SS. AA. Drs. Hurtado, Avendaño, Alzamora, Peralta, Pezet, Manrique, Mispireta, Cornejo, Peñaloza, Pinillos, Roendebeck, Guerra García, y del Secretario Permanente Académico Titular Dr. Carlos Bustamante Ruiz se abrió la sesión a las 7.40 p.m.

Se leyó el Acta de la anterior que fué aprobada sin observaciones.

El Sr. Presidente informó en el recinto académico el sensible fallecimiento del Académico Honorario Dr. Guillermo Almenara, por cuya memoria pidió a los SS. AA. ponerse de pie y guardar un minuto de silencio. Así se hizo.

Enseguida el Académico Secretario Permanente dió lectura a las conclusiones de la Reunión de Trabajo de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, sobre los temas:

"Alza creciente de los costos de los servicios médicos" y "Desarrollo de las profesiones paramédicas", en las que interviene como Experto por el Perú el Académico Titular Dr. Carlos Bustamante Ruiz y como Secretario adjunto de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina el Académico Titular Dr. Jorge Voto Bernales. Al término de la lectura se aprobaron dichas conclusiones por unanimidad.

A continuación el A. Presidente hizo la presentación del Académico correspondiente Nacional Dr. Emilio Marticorena Pimentel, de Huancayo cuyos trabajos sobre biología de la altura tienen amplia difusión en los medios científicos nacionales y que iba a ocuparse en su conferencia del tema "Envejecimiento en la altura", ofreciendo la palabra al Dr. Marticorena.

Al término de la presentación del Dr. Marticorena, se suscitó un animado debate en el que tomaron parte los SS. AA. Drs. Hurtado Peñaloza y Guerra García, tras lo cual y después de agradecer al conferencista su presentación, el Sr. Presidente levantó la sesión.

Eran las 9.30 p.m.

RELACION DE ACADEMICOS

1974 — 1975

ACADEMICOS HONORARIOS:

Dr. Guillermo Almenara

ACADEMICOS TITULARES:

Dr. Alberto Hurtado	Dr. Ernesto Delgado Febres
Dr. Pablo Mori Chávez	Dr. Luis Darío Gutiérrez
Dr. Oscar Soto	Dr. Aurelio Peralta
Dr. J. O. Trelles	Dr. César Merino
Dr. Rodrigo Franco	Dr. Vicente Zapata Ortiz
Dr. Jorge Voto Bernalés C.	Dr. Guillermo Pezet Miró-Quesada
Dr. Jorge Avendaño Hubner	Dr. Carlos Monge Cassinelli
Dr. Darlo Acevedo	Dr. Enrique Fernández
Dr. Juan F. Valega	Dr. Vitaliano Manrique
Dr. Eduardo Pérez Aranibar	Dr. Ernesto Bancalari Rodríguez
Dr. Alberto Guzmán Barrón	Dr. Augusto Mispireta
Dr. Héctor Villagarcía	Dr. Ricardo H. Cornejo
Dr. Rafael Alzamora	Dr. Andrés Rotta
Dr. César Delgado	Dr. Juan Phillips
Dr. Enrique Cipriani	Dr. Manuel Salcedo F.
Dr. Javier Arias Stella	Dr. Carlos Lanfranco
Dr. Carlos Bustamante Ruiz	Dr. Gino Costa Elice
Dr. Humberto Aste	

Por Incorporarse:

Dr. Hernán Torres	Dr. Carlos Muñoz
Dr. Carlos Peschiera	

ACADEMICOS ASOCIADOS

Dr. Tobias Bravo	Dr. Baltazar Caravedo C.
Dr. Guido Batillana	Dr. Fernando Reusche
Dr. Germán Garrido Klinge	Dr. Jorge de la Flor ✓.
Dr. Octavio Mongrut	Dr. Dante Peñaloza
Dr. Julio Muñoz Puglisevich	Dr. Luis Pinillos G.
Dr. Teobaldo Pinzás	Dña. Sussy Roedenbeck
Dr. Carlos Subauste	Dr. Fernando Castillo
Dr. José Gálvez Brandon	Dr. Alberto Cazorla
Dr. Napoleón Zegarra Araujo	Dr. Roger Guerra García

MIEMBROS CORRESPONDIENTES NACIONALES

PIURA:

Dr. José Gálvez Gálvez
Dr. Luis Ginocchio Feijóo
Dr. Cromwell Vasallo Figueroa

HUANCAYO:

Dr. Emilio Marticorena Pimentel
Dr. Carlos Showing Ferrari
Dr. Florencio Castillo Quispe

AREQUIPA:

Dr. Javier Llosa García
Dr. Félix Lazo Taboada
Dr. Félix Náquira Vildoza

CHICLAYO:

Dr. Carlos Nakagawa N.
Dr. Juan Aita Valle
Dr. Daniel Castro Valdivia

TRUJILLO:

Dr. Jesús Bendezú Prieto
Dr. Víctor Paredes Sánchez
Dr. José Uceda Pérez

ICA:

Dr. Víctor Villagarcía Blondet

CUZCO:

Dr. Guillermo Coll Hidalgo
Dr. Dante Olivera Ortiz de Orue
Dr. Carlos Delgado Valencia