

Boletín de la ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Año 1979



Lima - Perú

Edición auspiciada por
FERRER INTERNACIONAL S.A.

Representantes.
Distribuidora Albis S.A.

DISCURSO DE INCORPORACION DEL ACADEMICO
DR. BALTAZAR CARAVEDO CARANZA

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina,
Señores Académicos, Señoras y Señores:

Constituye para mí singular honor, que agradezco vivamente, la designación que me ha hecho la Junta Directiva, para dirigir la palabra en ésta actuación solemne, de recepción al nuevo académico de número, Dr. Baltazar Caravedo Carranza, a pesar de que son tan sólidos los vínculos que a él me unen no creo me impidan la imparcialidad indispensable para juzgar su obra. La misma circunstancia atenúa que hable en primera persona y que consigne numerosas ocasiones de autoexpresión.

El 28 de Noviembre de 1950, abrió sus puertas nuestra Institución para la recepción solemne de un nuevo Académico de número. Se trataba de quien en su mocedad inició el contacto con la Psiquiatría, ciencia que llenaría, posteriormente, su propia vida, la de su hijo y la de su nieto, como interno en el lóbrego Hospicio de la Misericordia (también llamado de insanos) para el tratamiento de los enfermos de la mente. Hijo del coronel D. Enrique Caravedo y Vásquez de Acuña, nieto del Conde de la Vega del Rhen, el primero en firmar el acta de la Independencia en 1821, y nieto del General D. Baltazar Caravedo y Loyola, quedó huérfano a temprana edad por la trágica muerte de su progenitor, víctima de la pasión política en 1890. Concluyó sus estudios profesionales — tras de la escolaridad guadalupana, en la que destacó como deportista— y para optar el bachillerato presentó la tesis titulada *Paranoia*, jurando el ejercicio de la profesión en 1910. Poco limitadas las especialidades, en aquel entonces, hubo de desempeñar diversas actividades en el campo profesional, aparentemente disímiles, como la mayoría de los médicos novatos. Laboró en campañas sanitarias de provincias, como médico militar en el conflicto con el Ecuador en 1910, cirujano de la sanidad naval, médico de la Asistencia pública capitalina. Una circunstancia providencial, haría de él el audaz reformador de la asistencia de los carentes de la mente. Trasladóse a la hacienda Roma, en 1912, como médico de la misma y pese a la conocida intransigencia de su propietario, realizó con él labor de compenetración de tal índole, que mereció de su fraternal amigo Carlos Enrique Paz Soldán, la tipificarla “como la cruzada jamás realizada por médico alguno en el Perú”. Y luego añade: “Caravedo y Larco Herrera. En éste grupo el uno aporta su espíritu de filántropo y el otro su ideal sacerdotal de la Medicina. Sin lisonja llamaría a Caravedo, no médico sino misionero”. En 1913 llegó a Lima, el destacado psiquiatra argentino Dr. Domingo Cabred, director del Hospicio bonaerense de las Mercedes y difusor del método del *open door*, o sea de las puertas abiertas en los manicomios. Caravedo que se sintió en el deber de reformar la inhumana asistencia del similar limeño, llevó a Cabred al Hospicio de la Misericordia, quien al ver el espectáculo pavoroso, que un psiquiatra uruguayo, definiera en su país, como “un hacinamiento de tubos digestivos en delirio”, incineró una de las jaulas, que se usaban para la contención de los agitados, repitiendo lo que Pinel hiciera en París en siglos pasados, y que fué el inicio del tratamiento humano y científico de los agraviados por la psicosis. (1) Dice Paz Soldán: “las llamas de esa hoguera iluminaron muchas mentes”. En 1914, iniciados los trabajos preliminares para la construcción del nuevo Manicomio, en la Magdalena del mar, se nombró una comisión encargada de los mismos, cuyo secretario fué designado D. Baltazar Caravedo Prado. Muchos creyeron ver en el futuro local, al que pomposamente se le denominó Hospital Nacional de insanos, un tanto paradójico, un depósito “para simples detenidos en obsequio de la tranquilidad pública” y no una institución para el empleo de tratamiento científicos y no empíricos, dentro de las normas de higiene y de humanidad, con las puertas abiertas y del todo alejado de

los prejuicios sociales dominantes en aquel entonces. En síntesis: la humanización de la Psiquiatría.

Nuestro biografiado trabajó como secretario y asesor técnico hasta que la comisión concluyó sus labores y mediante la generosa donación de su amigo el magnate azucarero, de un millón doscientos mil soles, se pudo inaugurar en 1918 el asilo colonia de la Magdalena, siendo el mismo designado, acertadamente, como Inspector del flamante nosocomio. Nuevamente Paz Soldán, con la fluidez de su estilo escribe: "Va a consumarse un milagro de ésta unión del ideal de un médico y de la generosidad de un filántropo. Jamás la asociación de dos hombres, lejos de toda incitación política y de toda ambición personal dará más sazonado fruto. El ensueño del joven profesional, que se ruralizó en aras de un ansia para realizar algo digno de ser loado por su conciencia y conforme a los imperativos de su linaje, se preparó a ser fecunda realidad médico social".

Nuestro biografiado pudo aprovechar la confianza de su amigo y protector de la Medicina Social en el Perú —novísimo inspector de la Sociedad de Beneficiencia— y encumbrarse a destacadas situaciones, pero su desprendimiento y la aristocracia de su conducta, no le permitieron ni alcanzar la dirección del nuevo centro asistencial, para la cual poseía sobrados méritos. Ella fué para su amigo y contemporáneo, el sabio Don Hermilio Valdizán, eminente psiquiatra especializado en Italia, quien desgraciadamente permaneció poco tiempo en el cargo directriz, pues falleció en 1929. Hasta dicho año y desde 1918, el Dr. Caravedo Prado fué médico jefe de servicio, director interino en 1929, habiendo resignado dicho cargo, para ocuparlo, definitivamente, por concurso en Setiembre 12 de 1930. Aquí comienza una serie ininterrumpida de actividades de quien fué el más caracterizado especialista entre nosotros, cuya fama de autoridad mundial en la asistencia psiquiátrica, sobre pasó los límites territoriales. Fué la Higiene mental su preferida actividad y a ella dedicó sus entusiasmos hipocráticos, desde los febriles años de su juventud hasta su serena madurez en la dirección del antiguo asilo, posteriormente denominado Hospital Víctor Larco Herrera, como merecido homenaje al mecenas peruano. En 1930 fué el creador de la Escuela de enfermeras especializadas en Psiquiatría. En 1933 fundó la Liga Peruana de Higiene Mental, siguiendo los lineamientos del iniciador del movimiento mundial Clifford Beers, para acercarse a la colectividad y difundir entre nosotros conocimientos de asistencia psiquiátrica y profilaxis. En 1948 fué designado representante del Perú en el Congreso de Higiene mental, celebrado en Londres, habiendo sido elegido vicepresidente. A ello siguió una serie de actividades en congresos, conferencias, comisiones en el País y en el extranjero, pudiendo afirmarse que no hubo menester en relación con la política sanitaria, asistencia de alienados y toxicómanos, higiene de la mente, tratamiento de menores, encarcelados, etc, en que no tuviera destacada actuación. En colaboración con otro psiquiatra eminente D. Sebastián Lorente, fué el autor del proyecto de asistencia de alienados, el primero en el Perú.

Tuvimos el privilegio de trabajar en el Hospital Larco Herrera, durante veinte años, en la jefatura del laboratorio clínico y bajo la dirección de Don Baltazar sin que nada ni nadie enturbiara nuestra armónica relación de amigos y colegas. Siempre fué el jefe sagaz, comprensivo y profundamente humano, sin estridencias ni gestos autoritarios.

Fué de todos conocida su agudeza mental, su conversación siempre anecdótica y su humorismo, que no lo abandonó ni en las cercanías de la muerte. De él dijera D. Hermilio Valdizán, con su acierto habitual: "Desde muy niño manifestó condiciones de carácter que los años cuidaron de acentuar: visión amable de la vida puso en boca suya, con grandísima frecuencia y espontaneidad, el comentario pintoresco, el chiste oportuno y fino, la anécdota interesante y conservadora del pasado".

Como dijimos al comienzo de ésta disertación, nuestra Academia Nacional de Medicina, lo consagró como miembro titular, algo tardíamente, el 28 de Noviembre de 1950.

Manejó millones y murió pobre y serenamente, como había vivido, el 14 de Enero de 1953, dejando a sus hijos una estela de luminosidad, de esfuerzo continuado y de hombría de bien.

El 5 de Marzo de 1915 nació en Lima el único hijo varón de Don Baltazar y de la respetable dama Doña Margarita Carranza Valdez, a quien se le puso el mismo nombre que su padre. Ella fué hija de Don Luis Carranza y Ayarza, eminente polígrafo, uno de los iniciadores del auténtico y honesto diarismo nacional, médico, geógrafo, escritor de fuste, fundador de la Sociedad Geográfica, honra de la peruanidad, amigo y colaborador del sabio Raymondi, cuyas obras fueron publicadas debido a su valiosa influencia. De D. Luis Carranza, dijo uno de sus biógrafos, con todo acierto en aquel entonces: **Fué un político honrado**; hoy, sin personalizar, ello equivaldría a algo paradójico y hasta inverosímil.

Estudió en la Recoleta, colegio en el que inició su vinculación con la cultura francesa, que tendría oportunidades de perfeccionar en sus frecuentes viajes por el mundo. Por el año 1930, libre de obligaciones escolares, empleaba sus ocios, que no eran pocos, en acudir al laboratorio clínico del Larco Herrera —en la casa de cuyo director vivía su familia cuya regencia, como hemos dicho corría a cargo del que habla, para realizar conatos de práctica de química, con su amigo Oscar Miró Quesada Cantuarias, biólogo en ciernes, causando sonoras explosiones de gases irritantes, con gran hilaridad de los actores y el consiguiente destrozo de tubos y pipetas de vidrio e indiscriminado dispendio de reactivos; siniestros que no fueron nunca del conocimiento del director del nosocomio.

Tras de dos años de permanencia en la Universidad de Paris, reanudó sus estudios en Lima, hasta 1941 en que obtuvo el título de médico y antes el bachillerato con una tesis titulada **Esquizofrenia en el Perú**, consignando datos de 9,000 casos, clara evidencia del psiquiatra del futuro.

Inició su vida hospitalaria en el Asilo Colonia de Magdalena, en 1942, como médico asistente del régimen de pagantes mujeres, cuya jefatura ejercía el profesor Juan Francisco Valega. Once años de labor hubo de interrumpir, cuando con la promoción de éste último a la dirección del nosocomio, fué injustamente postergado por la Sociedad de Beneficiencia, motivando su renuncia mediante una nota plena de altivez. En 1944 obtuvo una beca del departamento de Estado, de E. E. U. U. de Norte América, para estudiar la organización de la Higiene mental de la infancia y adolescencia. Fué la

iniciación de una serie ininterrumpida de viajes al extranjero, que, en el transcurso de más de treinta años, le han permitido una intensa y permanente vinculación con las autoridades mundiales en el campo de la psiquiatría, higiene mental y medicina social, que justifican su vasta experiencia en dichas actividades y la merecida fama que ha alcanzado en el consorcio internacional.

A partir del año 1951, ha sido el delegado casi obligado del Perú en congresos, reuniones, seminarios, etc. en la mayoría de los capitales de Europa y América, en relación con la higiene mental, auspiciadas por gobiernos, federaciones mundiales, organización internacionales de Salud mental y lucha contra el alcoholismo. Ha sido secretario del Consejo de salud mental y del III congreso Latino Americano para la misma actividad, presidente del comité organizador de la vigésima asamblea anual de la Federación mundial, en Lima 1967; miembro del consejo de administración de los laboratorios fiscales para elaboración de la coca y derivados, de la comisión para la reestructuración del ministerio de Salud y presidente de la similar para la transferencia del Hospital Larco Herrera. Ha sido, además presidente del 1º congreso nacional de alcoholismo, miembro del comité de opio del consejo económico y social de la ONU. Ha participado, como experto, en actividades de la organización de la salud, federación mundial de la misma, en el consejo Interamericano y presidente de la asamblea plenaria de organizaciones nacionales e internacionales para la salud mental. Finalmente ha actuado como psiquiatra asesor de la Academia diplomática del Perú, Ministerio de R.R. E.E. de 1971 al 74.

Inició su actividad estatal como psiquiatra experto en Medicina Social en 1942, fundador y director de la clínica de orientación de la niñez en el Instituto Nacional del niño, del ministerio de Salud hasta 1952, para después desempeñar, sucesivamente los cargos de médico jefe de departamento, jefe de división, asesor supervisor Jefe de Salud mental, para culminar sus labores en la Salubridad Nacional, como director superior de Salud en 1971, cargo que hubo de renunciar, por incompatibilidad psicológica con la mentalidad gubernativa dominante.

A pesar de sus múltiples actividades en todos los campos de la Medicina social, en su clientela particular y director de la clínica San Isidro, éste hombre de excepcional dinamismo ha dedicado treinta y siete años de su vida al ejercicio de la docencia, con singular éxito, habiendo formado numerosas generaciones de discípulos orientados a los estudios psicológicos y psiquiátricos. Se inició el año 1942, como profesor de psicología en la Escuela militar de Chorrillos; de Higiene mental y Psicología social en la Universidad Católica del Perú, durante 25 años; es eficiente colaborador del que habla en la cátedra de Medicina Legal en la Universidad Cayetano Heredia, en el curso de Psiquiatría forense, disciplina que también dicta en el programa académico de postgrado jurídico en la Universidad de San Marcos, desde 1973 al presente y profesor de Psicología social en la Universidad de Lima, desde 1971, hasta el momento actual. El mismo curso ha dictado a los alumnos de la Academia diplomática en dichos años hasta 1974.

Desde sus mocedades sintió el imperativo de transmitir sus conocimientos y experiencias mediante la publicidad, habiéndolo hecho con más de veinte producciones en diversos órganos universitarios y estatales. Se inició con la historia de la Psiquiatría en el Perú, publicada por el Ministerio de Salud en 1941. Sus temas preferidos han sido,

siempre, relacionados con la Psiquiatría entre nosotros, la Higiene mental, problemas sociales sobre todo el alcoholismo, la industrialización, la farmacodependencia y recientemente, con mayor énfasis ha tratado aspectos de Psiquiatría social, habiendo sido sus colaboradores distinguidos profesionales como los doctores Almeida, Javier Mariátegui, Sánchez García y Humberto Rotondo.

En 1956 dió a conocer: *Un siglo de Psiquiatría en el Perú*, aparecido en la revista *Salud y Bienestar*, cuya lectura es muy instructiva, para apreciar las muchas contingencias de dicha ciencia entre nosotros, desde los primigenios esfuerzos de D. José Casimiro Ulloa, gran Señor de nuestra Medicina, en 1856 para obtener un local a propósito para el tratamiento de los enfermos mentales y acabar con las bochornosas loquerías de los antiguos hospitales capitolinos, hasta la inauguración del Hospital Larco Herrera, cuya ubicación en la Magdalena del mar, motivó ardientes discusiones, pues hubo quienes sostuvieron la peregrina ocurrencia de que el aire del mar, no era conveniente para los enfermos mentales. En dicho trabajo su autor afirma: "Al cumplirse el primer centenario de la asistencia psiquiátrica, debemos pensar que la labor que hay que hacer es ahora mayor y de más vastas proporciones. Muchos problemas sociales, psicológicos y profesionales tendrán que incidir sobre el espíritu del hombre. De allí que debemos encarar, principalmente, la prevención o sea la profilaxis psiquiátrica".

A través de sus publicaciones se advierte ostensible evolución. Estudiante de ciencias básicas y clínicas y después especializado realizó lo que dice Oswaldo Loudet: sobre lo somático lo psíquico; sobre lo psíquico lo moral; sobre lo moral lo social. Esta secuencia se advierte, claramente, en sus recientes contribuciones a la Psiquiatría del conglomerado social y sus vinculaciones con la salud pública, si bien ya en 1963, como un preámbulo, publicó un artículo titulado: *La salud mental en la sociedad de masas*.

La salud mental en los programas de Salud Pública; normas generales de Psiquiatría, es su tesis del doctorado presentada en 1969 y que persigue alcanzar una evolución de nuestras posibilidades para modificar el volumen de los desórdenes mentales que se producen en una población. Los medios de ayuda en los programas de Salud mental son, en la actualidad, extremadamente precarios y en el futuro, posiblemente lo serán más. Uno de los objetivos de la tesis es poner a los funcionarios de salud pública, en aptitud de comprender su papel en el programa de salud mental. El autor hace una detenida enumeración, en diversos capítulos, de las bases para la prevención y asistencia de dicho programa; tratamiento de los cuadros más comunes; desórdenes mentales de causa conocida y desconocida; algunas medidas generales para prevenirlos; implicaciones de salud mental en el adiestramiento de salud pública; métodos de investigación y exposición de datos y análisis para el planeamiento y evolución del programa. Los de Salud pública sólo confieren prioridad a los factores relacionados con enfermedades infectocontagiosas o hídricas, y, la nutrición como factor condicionante. El autor afirma que su trabajo es intencionalmente doctrinario y es el primer intento sistemático, para aplicar los conocimientos de la prevención al campo psiquiátrico en nuestro medio. La salud mental escapa al campo exclusivamente clínico, y se proyecta, cada vez más, hacia la prevención y rehabilitación social y tiende a resocializar al paciente, a devolverlo a la sociedad lo más pronto posible, para que no se convierta en una carga económica para el Estado, y como técnica preventiva involucra a la comunidad total. Es un hecho que ésta, está mejor adecuada para los problemas de Salud pública, que para los de Salud Mental y tiene un conocimiento vago o deformado de lo que son las enfermedades

mentales. La salud de la mente acompaña todas las acciones médicas y el problema de adaptación humana a la vida social está en función de un cuidado racional del ser en desarrollo.

Caravedo posee una noble estirpe de intelectualidad, heredada de varias generaciones. Sus progenitores fueron casi todos publicistas. El surgió y se nutrió de las disciplinas del espíritu. Nació con amor y con fé por la Medicina que iluminó su intelecto desde su infancia. "Esta fé ha dicho D. Honorio Delgado", es la sustancia esencial e inmutable de la vocación médica a despecho de las varias condiciones históricas del ejercicio profesional, sustancia gracias a la cual, ser médico no constituye una simple ocupación utilitaria".

Como intelectual auténtico y bibliómano empedernido Caravedo es un obsesionado de la cultura en el más amplio sentido. Lector insaciable, vive al tanto de la bibliografía más reciente en el sector de la Medicina Social y de las ciencias afines, que lo son todas. Llama la atención su aptitud para recordar sus más recientes lecturas, con lujo de detalles, expresión de su memoria poco común. Su biblioteca tan abundante y variada, reclamó por todos los aspectos la construcción de un local ad-hoc, en la casa particular con varios ambientes y dos pisos, tal es la cantidad de volúmenes y folletos allí contenidos y perfectamente catalogados. Su más reciente lectura, y que recomienda con entusiasmo, es el libro ha poco aparecido y de gran atracción: **Signos de contracción** de la pluma del cardenal Karol Wojtyla, antes de llegar al papado; clara expresión de su interés por todos los aspectos de la cultura, inclusive de la literatura sagrada. Complemento de su exuberante biblioteca es una hermosa pinacoteca. La conversación es su actividad primordial, nó como simple intercambio de frases, sino como dice Juan Francisco Valega en el sentido de convergencia y de comunión. Al conversar con Baltazar se sabe cuando se comienza pero nunca cuando se va a acabar. Sus referencias históricas, tanto nacionales como extranjeras llaman la atención por su oportunidad y precisión, siendo muy ameno su riquísimo anecdotario.

Al prologar el *curriculum vitae* de Baltazar, hijo, con la biografía paterna, hemos tratado de hacer el paralelo entre nuestro beneficiario y su antecesor, como un homenaje a ambos y tácito reconocimiento al noble vínculo filial de aquel por éste. Creemos que ha existido siempre, entre ambos, algo más que simple penetración; es un verdadero mimetismo, nó como reproducción maquinal de gestos y actitudes, sino provisto de mayor fuerza anímica, un auténtico y fervoroso mimetismo cronológico y de la conducta. Baltazar a través de su vida, ha sentido el impulso subconsciente que lo ha llevado por los mismos senderos paternos. Salvando las distancias ha repetido la vida de quien le dió el ser. Ambos tuvieron vocación médica, inclinación a la literatura, laboraron en la armada, en la sanidad pública, sintieron la obsesión del servicio a la colectividad, dentro de su orientación primordial psiquiátrica, fueron entusiastas convencidos de la higiene mental, tuvieron disposición organizativa, y mientras que el padre planeó y dirigió un hospital mental, es el hijo el iniciador de una clínica de orientación de la niñez y posteriormente, una similar para la terapéutica psiquiátrica, debida la generosidad de un caballero limeño.

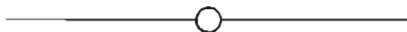
Finalmente a ambos los dotó el Supremo Hacedor de actitudes optimistas y sonrientes ante la vida y de agudo humorismo.

A Baltazar Caravedo Carranza, que es psiquiatra no exclusivamente clínico sino social, que es escritor y humanista, poseedor de vasta cultura, dotado por herencia de un arraigado espíritu corporativo y académico, nuestro Instituto, aquilatando sus méritos, suscintamente expuestos, con toda justicia, lo ha elegido su miembro titular y me ha confiado la satisfacción de darle en su nombre, una cordial bienvenida.

Para concluir pido perdón a mis sufridos oyentes, por haber tolerado mi olvido de lo que dijera Cervantes respecto a la conveniencia de la brevedad de los razonamientos y lo que afirmara Gracián: cuando algo es bueno, si es breve es doblemente bueno.

Desgraciadamente, lo atrayente de los temas tratados me ha impedido la brevedad.

Lima, Mayo 24 de 1979.



Discurso de recepción pronunciado por el Dr. y Académico de número Don Jorge Avendaño Hubner, presidente honorario de la Academia Nacional de Medicina en la incorporación del nuevo miembro Don Baltazar Caravedo Carranza.

Señor Presidente, Sr. Académico Dr. Avendaño, Señores Académicos, Señoras y Señores:

Esta noche deseo agradecer a la Academia por el Honor que me confiere, al Presidente, Dr. Carlos Bustamente Ruiz, por alentarme a escribir este discurso de incorporación, al Dr. Avendaño por su cordialidad al presentarme y hacerme recordar los hechos del pasado desde que era un adolescente y que en compañía de amigos de colegio irrumpíamos en el laboratorio del Hospital para cometer toda clase de fechorías experimentales.

A través de sus palabras generosas y de los recuerdos que fluyen en esas líneas, he revivido el pasado como si frente a mí retrocediera el tiempo y oyera las voces de muchos de los que se fueron o sintiera el hechizo del instante que pasa al revivir el tiempo que no se ha perdido.

Yo viví toda mi vida dentro de un hospital, obra de un filántropo movido por la idea de un soñador que fue mi padre, de un soñador que quiso plasmar en hechos lo que tanto había anhelado mejorar la condición del enfermo mental abandonado, maltratado, rechazado por la sociedad. Tuvo la suerte de ir a trabajar a Trujillo y anudar una amistad con Víctor Larco Herrera, quien, pese a caminos tan opuestos, convergieron en la realización de esta idea y empezaron el periplo visitando juntos durante casi dos años, los centros asistenciales de Europa y de los Estados Unidos, lo cual dió como resultado la puesta en marcha de un programa de mejoramiento asistencial, comenzando por abandonar la vieja estructura del manicomio del Cercado. En 1914, el Gobierno del Coronel Oscar R. Benavides nombra una comisión presidida por el Ministro de Fomento y teniendo como secretario técnico a mi progenitor. El Señor Larco Herrera le entregó a mi padre una suma considerable para su tiempo: **un millón doscientos mil soles que equivaldría en la actualidad a un mil millones de soles.**

En ese momento no habían más psiquiatras que Hermilio Valdizán, Sebastián Lorente y Baltazar Caravedo Prado. Quedaban como representantes de la vieja escuela médica Estanislao Pardo Figueroa y Wenceslao Mayorga. Los tres jóvenes que habían salido de las aulas fernandinas, tenían en común el ser miembros de una misma generación, de haber seguido cursos de medicina en la misma época; Caravedo y Valdizán en el mismo año y Lorente un año anterior. Los tres marcharon casi al mismo tiempo a Europa: Valdizán a Italia, Lorente a París y Caravedo a Inglaterra y Francia. Valdizán trataría de especializarse en niños con de Sanctis, especialidad para la que estuvo magníficamente dotado pero que circunstancias peculiares al tiempo le impidieron realizar.

Lorente trabajó más en el campo Forense y Caravedo en la Clínica de adultos. Este último ya había hecho un acto simbólico cuando estuvo Cabred en Lima, durante el congreso de medicina latino americano: quemar las jaulas de los enfermos mentales en el patio del Manicomio, esto era en 1912. Hizo prohibir las esposas, grilletes y todo sistema de contención que atentara contra la dignidad del paciente. Hay muchos rasgos en común entre los tres psiquiatras que se forman en este siglo: nacen entre 1882 (Lorente) y 1884 (Caravedo) y 1885 (Valdizán). Reciben una formación pedagógica imbuida de ideas fundamentalmente francesas.

El mundo que empieza al nacer éstos, es un mundo en proceso de cambio, como consecuencia de los descubrimientos revolucionarios tanto en el campo médico y so-

cio-político como en el campo psicológico. Entre 1880 y 1900, la medicina cambia de rumbo ya que se incorpora la obra de Freud al quehacer médico y el psiquiatra deja de ser alienista.

El mundo entre 1880 y 1900, época formadora de esa generación, tiene características muy especiales en el país. El Perú había salido de una guerra desastrosa, empobrecido económicamente, desarticulado socialmente y angustiado ante la miseria social que se apreciaba por todas partes. Los jóvenes de esas generaciones vivieron con ánimo revanchista, la vida era dura y pobre, los medios escasos. Pero curiosamente, existieron en muchas regiones del país, escuelas y colegios que bajo la dirección de grandes e intuitivos maestros crearon en los discípulos el sentido de la responsabilidad más acendrada y un inmenso amor a la patria desgarrada y maltrecha que se estaba levantando de los escombros, dispuesta a trabajar en cualquier campo para mejorar las condiciones sociales.

Esta es la generación médica de Monge, de Carvallo, de Rebagliati, de Paz Soldán. Casi todos educados en Guadalupe junto con Julio C. Tello. La generación anterior había sido frustrada y los jóvenes que murieron en San Juan y en Miraflores agotaron bruscamente los ideales de un grupo que tenía un porvenir esperanzado frente ellos. Podríamos tomar como ejemplos a Nicolás de Piérola, hijo del Dictador y Conductor de la Guerra, y al pequeño corneta que agotadas las reservas en Miraflores siguió tocando y señalando desde un árbol, la situación de los atacantes. Ambos jóvenes murieron juntamente con las esperanzas y las ilusiones de una generación absurdamente sacrificada.

Hoy no podemos imaginar el mundo de ese tiempo, tan cercano y tan lejano a la vez. Las convulsiones políticas y sociales crearon, una nueva fuerza humana encarnada en el proletariado, fruto de los cambios derivados de la sociedad industrial y de la insurgencia de la burguesía. Siguiendo a Ellenberger, podemos ver que el final del siglo se caracteriza por descubrimientos científicos extraordinarios, por un sentimiento de seguridad nacida de la ciencia positivista que tenía gran fe en el "progreso humano" y por que dos ideas van a remover al mundo, obra de dos mentes extraordinarias: Carlos Darwin y Carlos Marx. El mundo secularizado tuvo conciencia de que la ciencia era un arma poderosa para mejorar, y la industria se sirvió de ella para crear nuevas fuentes de bienestar; pero al mismo tiempo aparecieron nuevas formas sociales: el sindicalismo, la burguesía, el capitalismo absorbente cuyas características como estilo de vida ha descrito VIERKANDT: (1)

- Desconocimiento del valor propio de las cosas; éstas no son sino lo que económicamente valen.
- Vacío en el sentimiento de la propia vida empleada en la pura competición.
- Sustitución de la calidad por la cantidad.
- La distinción es concebida como puro "éxito".
- Corrosiva capacidad de seducción: el campesino es absorbido por la ciudad.
- Despersonalización creciente: burocratización invasora, servidumbre del hombre a las cosas.

(1) Lain Entralgo - Historia de la Medicina. Salvat - Barcelona. 1978.

Dos hechos de enorme importancia se producen: la emergencia del proletariado y la conciencia de su fuerza, al mismo tiempo que aparece la angustia del obrero de sentirse "alienado", sometido a las fuerzas externas y a la economía del mercado.

En este mundo incipiente de las luchas sociales en que la vida adquiere tonalidad y color políticos y que las ideas se transforman en motor para la acción es que nace la primera generación de psiquiatras de este siglo en nuestro medio y que tuvieron tanta ligazón con los movimientos sociales de comienzos de esta centuria. Tanto mi padre como Lorente, estuvieron ligados a Mariátegui y Valdizán como Caravedo, trabajaron en el Tiempo y La Prensa junto a este pensador original no salido de las aulas universitarias, sino de la confrontación con la realidad cotidiana. Los tres forman parte de movimientos sociales. Lorente es el primer psiquiatra que lee a Freu en su tesis doctoral lo comenta agudamente.

Cuando el Hospital queda terminado en 1918, se incorporan a éste los tres psiquiatras que habían trabajado y estudiado juntos desde los años escolares. Los tres tenían en común haber sido educados en Lima y haber pasado algunos años en Europa, perfeccionándose.

Al iniciarse la centuria presente, el Perú se estaba rehaciendo económicamente; una nueva estructura sociopolítica se forjaba a la sombra de las ideas originales del partido Demócrata, ideas que recogería en parte Leguía y que darían nacimiento a movimientos políticos de diferentes orientaciones filosóficas, pero la mayoría reclamándose herederos del mensaje de Piérola. La interacción de las ideas políticas con las ideas sociales, médicas y culturales son imprescindibles de analizar para comprender el quehacer generacional de los médicos de la primera parte de este siglo. Los primeros 25 años de esta centuria transcurren para la psiquiatría dentro de un afiebrado y constante repensar las ideas venidas de otras culturas. Puede decirse que los Psiquiatras pioneros, iniciadores del interés por la especialidad, fueron hasta cierto nivel autodidactas; se inspiraron en nuestra realidad social y se nutrieron de las ideas que emergían los movimientos sociales. Los tres tenían primordialmente formación francesa. La psiquiatría alemana llegaba muy de trasmano y la inglesa con intermitencias. De Alemania había llegado Nietzsche, de Francia Bergson y de trasmano, Freud todavía no traducido al castellano.

El mundo en que vivían era todavía el mundo masculino, formal, creado por el hombre y para el hombre en que la mujer ocupaba un lugar muy secundario y carecía de derechos políticos. Yo nací en un hogar suigéneris: mi padre, amante de la discusión en grupo sobre todos los tópicos, sabía escuchar más que hablar, su pensamiento era incisivo y humorístico, casi siempre con frases que salían terminadas en estilo periodístico; mi madre hija de periodista y de político, médico y geógrafo, heredó el gusto por los intereses sociales puesto que fué educada por doña Teresa de Fanning. Aprendí desde niño en un hogar con muchos incentivos culturales, con muchos intereses intelectuales, en medio de la vivacidad y la jocundia en que muchos de mis amigos escolares se reunían en mi casa para dialogar. Las mejores amistades nacieron en este cenáculo: Pedro M. Benvenuto Murrieta, hoy presente en la distancia; Carlos Pareja y Paz Soldán, promesa que se quebró ante la presencia insoslayable de la muerte al borde de su brillante camino; Raúl Ferrero, amigo entrañable de las conversaciones más sabrosas y junto a ellos recuerdo a aquellos que desearon que yo escogiera otra carrera pensando que mi destino era la investigación histórica: Jorge Guillermo Leguía, junto con

Raúl Porras, Luis Alberto Sánchez y Jorge Basadre discutiendo a la sombra de los árboles frondosos de la Magdalena, en la quietud de la Quinta Bolivariana.

Todo esto ocurrió al finalizar la secundaria y frente a la conmoción política del año 1930. Desaparecieron del panorama social muchas personas. Dejé de ver a amigos de mi padre casi un cuarto de siglo y en el transcurso de ese lapso, fui a vivir al Hospital Larco Herrera, donde mi padre fué nombrado Director. Los dos primeros años transcurrieron entre vaivenes diversos: asonadas, revoluciones, cambios de gobiernos, sucesivamente desplazados en la lucha por el poder y mis amigos encontraban refugio y solaz en el hospital como si fuera realmente una ágora para discutir y repensar lo que estaba sucediendo. En el hospital aprendí a conocer no sólo a los médicos, sino a los pacientes con quienes conversaba todos los días y de quienes aprendí muchas cosas profundas de la realidad cotidiana.

Mi padre en 1930 transformó el Asilo Colonia en Hospital. Este fue su primer pedido al hacerse cargo de la Dirección. Un cambio significativo que encerraba y encierra dos actitudes diferentes frente a la enfermedad. Mi padre empezó introduciendo en el Hospital los primeros atisbos de la economía médica. Hizo de ese centro asistencial un modelo de organización. Comenzó el estudio de costos de la enfermedad; hizo un presupuesto científico; abrió el camino para la estadística dinámica; enseñó a los médicos que no bastaba asistir sino también había que conocer de dónde venían las cosas que sustentaban la vida de los enfermos: los almacenes, las cocinas, los establos, las artesanías, etc. Fundó en 1931, la Escuela de Enfermeras, especializadas en psiquiatría, abrió las puertas del Hospital a los pacientes y comenzó el servicio social con enfermeras cuando todavía no se había fundado la escuela de servicio social; fundó la Asociación Nacional de Hospitales, filial de la Asociación Internacional y cuya sede estaba en Stuttgart. El Hospital, a partir de 1930, se transforma así integralmente. Tomando como adquiere una responsabilidad médico-administrativa. Ya entre los años 1922 y 1926, durante la Dirección de Valdizán, los médicos se reunían diariamente para intercambiar experiencias y discutir problemas del hospital. De esas sesiones cotidianas, salieron cosas originales: la Revista de Psiquiatra y Disciplinas conexas, fuente donde se vertieron las ideas psiquiátricas de esa generación a la que se sumó a partir de 1918, Honorio Delgado. A estas reuniones vi asistir de muy niño, a todos los que se interesaban en esta nueva e inquietante Disciplina; Carlos Bambarén, Luis Espejo, Luis N. Sáenz.

Los jóvenes psiquiatras del hospital estaban viviendo animadamente dentro de un vaivén inquietante de ideas: Carlos Krumdieck, Juan F. Valega, Fernando Loayza, Enrique Encinas, José Max Arnillas. En esos años, por azar del tiempo, yo era el único hijo de médico que acudía a jugar al hospital. Ninguno de los psiquiatras, en ese momento, tenía hijos y los que vinieron al mundo fué algunos años después entre 1922 y 1930. Los viejos médicos de la medicina tradicional, eran Mayorga y Pardo Figueroa. El primero dejó paso a Honorio Delgado y el segundo se jubiló cuando ya era muy anciano para dejar el puesto a Carlos Krumdieck. Era el único hospital laico, los médicos recibían un tratamiento económico privilegiado para su tiempo: S/. 700.— soles, que equivalían en esa época a 500 dólares, lo que vendría a significar 2,000 dólares actuales. Este sistema permitió que los médicos formaran una verdadera comunidad asistencial y que todos estuvieran compenetrados por las mismas ideas. La revista de Psiquiatría y Disciplinas conexas traduce estas inquietudes comunes y en la que cada uno expresa sus preferencias.

Esta generación de psiquiatras estaba formada de acuerdo a las ideas de la Europa siglo XIX, en la que predominaba la cultura clásica y la universidad era el centro de la actividad científica.

Este grupo, como Ulloa, o Muñiz y más tarde Matto, habían sido educados siguiendo el esquema clásico de la universidad europea. Sabían latín y algo de griego; conocían perfectamente el castellano y hablaban o leían una lengua viva.

El centro de toda actividad intelectual fue hasta la segunda guerra mundial, la universidad y sólo a través de sus claustros podía el hombre cultivarse y aprender una carrera. La Universidad no pretendía graduar investigadores sino personas dotadas de una cultura general que se especializarán en una rama de la ciencia. Ortega y Gasset, siguiendo las ideas alemanas de la escuela de Cohen, pensaba en esta forma y creía que los claustros universitarios no estaban necesariamente ligados con la investigación científica sino con la formación académica. Es interesante resaltar que en nuestro medio la formación del médico durante la primera mitad de esta centuria estuvo orientada a formar profesionales sin especialidad alguna y dotados de una buena información extranjera, pero sin ningún contacto con nuestra realidad, la que era tocada tangencialmente y más se conocía la estadística de casos de otros continentes que lo que ocurría en nuestro entorno. Sólo contados investigadores se referían a nuestros diferentes medios culturales o algunos combinaban la medicina con otras ciencias humanas, como fué el caso de Julio Villar o de Luis Carranza o de José Casimiro Ulloa en el siglo XIX. Los psiquiatras de la primera hornada de este siglo se caracterizan por su inquietud ante la problemática nacional y dirigen sus estudios a la profundización y explicación de la patología social. La siguiente generación continúa esta labor, pero encuadrada dentro de una concepción germana y en otras investigaciones aparecen las tendencias dinámicas que empezaban a florecer bajo la influencia de Freud, de Jung, de Adler, o de Otto Rank. La misma escuela médica peruana de la época fue brillante por su comprensión del enfermar como un fenómeno psicosocial y cultural. Monge, Paz Soldán, Carvallo, Rebagliati son muestra clara de esa originalidad en el pensamiento médico. Otra característica de la joven generación: eran económicamente modestos en su inmensa mayoría, salvo muy contadas excepciones; todos trabajaron desde las aulas escolares, tal el caso de Julio C. Tello, empleado al mismo tiempo que estudiante guadalupano. Compañero de aula de mi padre y con la generación de Monge, Carvallo, Paz Soldán o de Ricardo Palma, hijo.

Seguir una carrera larga como es la médica es costosa y demanda esfuerzos. La mayoría, en vacaciones, salía a trabajar a provincias combatiendo la peste y conociendo el país. Era una aventura llena de riesgos donde muchos estudiantes se jugaron la vida, pero esos trabajos permitían estudiar tranquilamente el resto del año, eran 90 libras de oro por cada estudiante de medicina que iban a los lugares más recónditos y difíciles. La generación que 1901 estuvo influida no sólo por Nietzsche, lo estuvo también por Chophaner, Bergson, Spencer, Darwin, Maudsley y Janet. Había un trajín literario en que coparticipaban todos los estudiantes y vivían las inquietudes de la creación artística.

En la década de 1920, comienzan a interesarse los psiquiatras por la prevención en el campo de la salud mental. Se inicia el consultorio externo del hospital y los especialistas empiezan a comprender que el muro del establecimiento, "la tapia del manico-

mio", (1) debía de caer y dar paso a otra concepción de la psiquiatría, la extramural, la preventiva, la que no debía limitar la libertad expresiva del hombre. En 1927, se conforma la primera comisión para elaborar el primer proyecto de ley de alienados y toxicómanos; comisión que estuvo compuesta por Angel Gustavo Cornejo, Vocal Supremo, Sebastián Lorente, Como Director General de Salud y Baltazar Caravedo Prado en su calidad de Psiquiatra.

Cuando fallece Valdizán en 1929, a los 44 años, se truncó la vida de un hombre brillante, de un profesor exquisito y de un investigador enterado de nuestro pasado médico como ninguno lo había estado. A esa edad lo recuerdo, siendo yo un adolescente, como un hombre envejecido, agobiado por el peso de una enfermedad silenciosa y también lo recuerdo por su mirada llena de bondad y timidez.

Fue un maestro que sabía embrujar con su palabra e hizo que los estudiantes aprendieran a amar la psiquiatría y a sentir el drama de cada paciente. A él se le debe la generación de brillantes especialistas que salieron a trabajar en el hospital: Encinas, Sal y Rosas, Arnillas, Valega, Loayza. Su escritorio fue siempre cenáculo, lugar acogedor para intercambiar ideas.

La Higiene Mental, movimiento nacido en los Estados Unidos de Norteamérica, por obra de un paciente genial, Clifford W. Beers, fue acogido con entusiasmo en América Latina porque se vio en él el medio de aligerar la carga hospitalaria y descargar al psiquiatra de ser el único responsable de la problemática del paciente y de las angustias de la sociedad. Baltazar Caravedo Prado, preocupado por los aspectos sociales de la psiquiatría, funda con anuencia y el consejo del Cuerpo Médico del Hospital, la Liga Peruana de Higiene Mental; edita el Boletín de Higiene Mental cuyos jefes de Redacción fueron Enrique Encina y Juan F. Valega. A partir de 1931, la actividad de la Liga estuvo dirigida a médicos, maestros y enfermeras.

Mi progenitor vivió estructurando este Boletín, solicitando colaboraciones de fácil lectura que pudieran llegar a niveles no especializados.

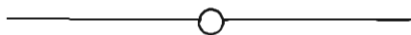
Cuando el Boletín fue insuficiente, funda los Archivos Peruanos de Higiene Mental con los mismos colegas que lo acompañaron en el Boletín.

Durante los 23 años que mi padre ocupó la Dirección, hasta su muerte, el Hospital fue un centro activo, dinámico, en constante relación con la comunidad, ampliando su zona de influencia al incrementar el número de consultorios. Se contrató a un equipo de enfermeras inglesas que imprimieron su sello en la enfermería psiquiátrica entre nosotros. Anualmente, las memorias de la Dirección iban señalando los progresos de la psiquiatría aplicados en nuestro medio y es por eso que consultarlas es comprender el cambio que sufrió el Hospital. Cuando se trabaja con mística no hay tarea que no pueda alcanzarse.

No quiero terminar estas líneas iniciales sin rendir el homenaje de mi reconocimiento y de mi afecto a una figura médica para mí muy querida: a don Juan Voto Ber-

(1) R. Gentis, La Tapia del Manicomio. Ed. de Bvesutdo - Madriligts.

nales, de quien aprendí lo poco que sé de medicina general; a su vivacidad, a su rapidez para la síntesis mental le debo la capacidad diagnóstica que me enseñó con tanto empeño. Los cuatro años que pasé en su servicio en el viejo Hospital Dos de Mayo, han quedado grabados en mí; su figura era una mezcla de saber, simpatía, sentido del humor, aproximación cordial; fué para nosotros la vieja imagen del maestro hipocrático. A Manuel Salcedo, aquí presente en esta corporación, tengo que expresarle mi reconocimiento, ya que sin conocerme, en los inicios de la carrera aceptó las ideas que le expuse para fundar la primera clínica de orientación de la niñez; a su empeño le debo haberme convertido en psiquiatra al servicio de la salud pública en el magnífico Instituto Nacional del Niño, que dirigió durante muchos años. A Enrique Encinas, hoy ausente, cuya finura poética y su profundidad filosófica me impresionaron siempre. Tendría que seguir nombrando a muchos, que ocuparían muchas páginas; sólo quiero decir que a los que he nombrado y a los que no aparecen por razón de su número, les debo cuanto he llegado a ser, sin sombra ni distancia, pleno de optimismo esperanzado.



SALUD Y ECONOMIA DEL BIENESTAR

“La Revolución Científica y Tecnológica que permite al hombre en este siglo pasar del avión Bleriot a la Conquista de la Luna, del carbón a la energía atómica y de la regla de cálculo a las computadoras electrónicas, no se ha detenido tampoco en las fronteras de la medicina, la que durante este tiempo ha ido del aceite de hígado de bacalao a los trasplantes cardíacos”, pasando por los productos de los laboratorios.

El médico que era hasta poco un simple espectador, atento, casi inerme, frente a las manifestaciones patológicas, se ha transformado en dueño de una técnica cada vez más compleja, más hábil y más eficaz.

Tal transformación no puede dejar de tener importantes repercusiones en numerosos campos. Pero esta evolución, imprevisible por la amplitud de su desarrollo, ha sido tan rápida que sus consecuencias no parecen, todavía, haber sido integradas en nuestros conceptos tradicionales de salud y enfermedad.

El progreso médico tiene incidencias psicológicas extremadamente profundas. Desde el alba de los tiempos el hombre consideraba la enfermedad, el dolor y la muerte como golpes del destino, a los cuales tenía que saber acomodarse. Cualquiera que fuese el signo, bien sea de un castigo divino, de la maldad, de un genio diabólico o simplemente de un desarreglo de nuestra corporalidad, uno debía buscar librarse de él mediante la plegaria, la magia o los recursos desacostumbrados del empirismo; cada uno sabía en lo más profundo de sí mismo que su destino se escapaba de sus posibilidades y que no tenía otro recurso que la paciencia.

Paulatinamente, los hechos biológicos pasan a ser objeto de la ciencia médica, se descubren las causas, se explican los efectos y se fabrican los medicamentos, demostrando, así, que la fatalidad no es sino el nombre con que se recubre la ignorancia.

Así nace esta nueva exigencia social que se llama corrientemente el “Derecho a la Salud” y que se traduce, concretamente, por un consumo médico creciente. Igualmente esta mutación de la medicina actúa sobre el comportamiento de los médicos y determina un cambio de los valores, en sus relaciones del médico con el enfermo. La Medicina constituye también una respuesta a los cambios socio económicos que se van operando paulatina o rápidamente. El siglo XIX, que es la centuria de la expansión del Capitalismo, produce también en el campo de la Investigación Científica y Médica, una serie de innovaciones que cambian totalmente el quehacer del médico y el objetivo de la Medicina.

A lo largo de esa centuria aparecen los nombres de los grandes descubridores en el campo de la Biología, de la Cirugía, de la Medicina y de las especialidades, lo que tiene como consecuencia una total ruptura con el pasado del médico atenido, durante siglos, a su arte precario y a su excesiva prudencia para dar nacimiento a un intervencionismo esperanzado y a una mejor condición en la calidad de la vida. Al mismo tiempo el hombre, con la Revolución Industrial, tiende a concentrarse en las ciudades, las cuales crecen a tasas muy veloces, modificándose el habitat dentro del cual había vivido,

la medicina se ve obligada a enfrentarse a un nuevo ser que tiene que adaptarse a nuevas condiciones de vida.

La introducción de un sistema de mercado a "todo nivel" que supone el Capitalismo en su máxima expansión, lleva a un nuevo tipo de relación entre el hombre y la naturaleza y obviamente a un nuevo tipo de relación entre los hombres.

El siglo pasado se caracteriza por la explotación de nuevos recursos minerales y nuevas condiciones de trabajo. Esto afecta a los hombres que laboran particularmente y en forma directa en minas o fábricas, pero también la humanidad es afectada por este cambio. Todos ellos, los cambios individuales y los cambios colectivos, son incentivados durante la pasada centuria y el presente siglo por la competencia entre Capitales, por la competencia entre Países, o por la competencia entre Imperios industriales que se van acentuando cada vez más en el presente.

Las guerras son el resultado de todo ello; pero son al mismo tiempo las que obligan a introducir nuevos métodos médico científicos para hacer frente tanto a las necesidades bélicas como a los efectos devastadores de estas conflagraciones.

Debido a la creciente integración mundial durante el presente siglo, las guerras o las nuevas formas de relación internacional (pruebas nucleares como mecanismos de competencia entre potencias), ha permitido que repercutan estas cada vez más sobre la totalidad del mundo habitado y asimismo ha obligado a que la Medicina tenga que estar en condiciones de tratar todas estas nuevas dificultades, las que crecen de manera vertiginosa. Así pues, el avance socio-económico significa cambios ideológicos a nivel de los hombres, modificaciones estas que permiten que la Medicina moderna pueda ser mejor aceptada y que todos los prejuicios sobre ella puedan ser dejados de lado.

Uno de los problemas que plantea la Medicina y el progreso médico en el mundo actual es que al crecer el avance científico, al especializarse la medicina, al sofisticarse más los equipos de diagnóstico y al incrementarse los descubrimientos farmacéuticos, si bien favorecen a un grupo grande de usuarios, sin embargo los beneficios de este progreso no se pueden generalizar al conjunto por los costos tan grandes y crecientes que significa la inversión en el campo asistencial. La medicina se desarrolla fundamentalmente dentro de una economía de mercado que si bien es imperfecto, es mercado al fin.

El ejemplo se encuentra más claramente en las Industrias Farmacéutica que tienen que regirse por criterios de rentabilidad, lo cual impone una norma para su venta colocando muchos productos farmacéuticos fuera del alcance de un alto porcentaje de la población. Las mismas Industrias Farmacéuticas producen investigaciones y mejoran la calidad de los productos así como sus efectos, pero ellos no pueden generalizarse para beneficio de la colectividad, aunque sea en realidad el deseo de dicha Industria, ya que experimentar un nuevo producto significa una inversión promedio de cuando menos 15'000,000.00 de dólares.

Por esta razón el sistema dentro del cual se rigen, no sólo la industria farmacéutica sino la propia actualidad médica, constituyen una valla para un mejor uso de estos adelantos y beneficios.

El proceso de cambio psico-social tiene como primera consecuencia reemplazar la concepción fatalista de la enfermedad por una actitud voluntarista, expresada a través del uso más frecuente de lo que posee la medicina.

Esta modificación psicosociológica radical tiene evidentes implicaciones económicas, pues el pasaje de la medicina al estado científico entraña fundamentalmente, incremento de los costos. No hay nada común entre los costos de la medicina actual y el de la medicina de nuestros abuelos.

El extraordinario desarrollo de la farmacia, prácticamente ha borrado el cuadro típico del farmacéutico en su oficina dosando las sustancias naturales a las cuales se les reconocía valor terapéutico. Los antibióticos, los neurolépticos, los anticoagulantes, los extractos hormonales, la gamma globulinas, etc. cuestan infinitamente más caro que las tisanas y las cataplasmas. La radiología, la endoscopia, el electrocardiograma, han venido a completar al estetoscopio. Pero pensamos que para una medicina ruralizada como la nuestra, podríamos adquirir muchos estetoscopios por el precio de ciertos exámenes radiológicos.

Los análisis de laboratorio son cada día más numerosos, precisos y complejos los que permiten esclarecer y medir la vida interna de nuestros órganos. Los cirujanos hacen intervenciones en la actualidad que hubieran parecido inimaginables hace 50 años, pero que requieren de "blocks" operatorios muy perfeccionados, equipos profesionales que a menudo llegan a 10 ó 12 personas; aparatos de todo orden donde la electrónica toma una importancia cada vez mayor y una supervisión post-operatoria ininterrumpida.

Nuevas especialidades médicas y paramédicas llaman la atención y hasta la energía atómica ha demostrado tener aplicaciones en medicina. Nada hace más evidente este nuevo rumbo que el cambio sufrido por el hospital, el cual inspiraba en el pasado, más temor que esperanzas pues era sólo albergue de enfermos, pobres o viejos y al mismo tiempo de aprendizaje para los estudiantes de medicina. Hoy ha llegado a ser el punto de contacto de la investigación científica, de la innovación técnica y de la práctica médica más avanzada; hoy en día es el recurso supremo para todos los actos difíciles.

La evolución del costo de los cuidados hospitalarios debe, por lo menos, expresar de manera neta el enriquecimiento de la medicina. Esto se puede comprobar, puesto que el precio de la estancia médica en los hospitales se ha centuplicado en 10 años.

Es el fenómeno de la bola de nieve que hace que cada hallazgo abra la vía de muchos otros descubrimientos, se verifica tanto en medicina como en otros campos y los últimos desarrollos conocidos llevan más el signo de una aceleración que de un freno.

Se habla mucho de transplantes de órganos para que sea necesario insistir en ellos, pero es bueno saber que las diversas evaluaciones internacionales establecidas cifran en: S/. 6'000,000 a 8'000,000 el costo de un transplante cardíaco y entre S/. 2'500,000 a 3'500,000 el riñón artificial; para los 3,000 pacientes, aproximadamente, que mueren cada año entre nosotros, de uremia crónica, sería necesario gastar alrededor de cuatro mil millones de soles.

En los Estados Unidos la sobrevida de un tuberculoso ha sido estimada en 10.000 000 \$ y el de un canceroso en (6.000 000 \$). Un paciente psiquiátrico crónico hospitalizado con 20 años de sobrevida cuesta 90'000,000 de soles. El Dr. Jorge Voto Bernales señala que las inversiones en muchos campos se han incrementado en forma vertiginosa; hace un poco más de 30 años se requería sólo una inversión de 12 mil soles, el valor de un electrocardiógrafo. Hoy día una Unidad de Cardiología sobrepasa los cien millones de soles.

Lo mismo ocurría en ese lapso, en el plano de la Neurología, que para lograr un buen diagnóstico requería una inversión en equipo hospitalario de S/. 5,000 en tanto que 20 años más tarde se requería medio millón de soles y 10 años después el equipo de diagnóstico significa una inversión de 200 millones de soles en la actualidad casi el doble en esta cifra.

Así el progreso de la medicina plantea el problema de la salud sobre un terreno que no es receptivo a las consideraciones morales o sociales. Mientras se sigan utilizando los criterios de costo-beneficio en el plano de las inversiones y mirando sólo la economía de mercado, no se podrá hacer mucho por la colectividad en el plano socio-médico.

Se conoce la Revolución Demográfica engendrada por la mejora de las condiciones de vida en los países económicamente desarrollados en los últimos 150 años. Baja tasa de natalidad, disminución de la mortalidad, incremento de la longevidad media en las zonas de gran industrialización, son los tres aspectos más significativos que la medicina moderna puede agregar a aquellos del progreso económico y social en general aunque recién se inicia en los países subdesarrollados.

La desaparición de las grandes epidemias, el retroceso considerable de la mortalidad infantil, la inmunidad adquirida hacia un gran número de afecciones antes conocidas como golpes extremadamente mortales, el mejoramiento de técnicas corrientes de cuidados: avanzado en los países industrializados pero todavía precario en los países del llamado Tercer Mundo, han dado por resultado la modificación de manera sensible del equilibrio de la problemática humana. Se ignora todavía cuáles serán, a largo plazo, las consecuencias de la generalización de los medios contraceptivos sobre la natalidad.

Se sabe que todos los enfermos salvados hoy día de muerte precoz o accidental no gozan ni gozaran jamás de plena salud. Podría decirse que algunos son "mantenidos en enfermedad" durante toda su experiencia.

La prematuridad a la que se ha forzado el cambio de vida, el cardíaco que va a sobrevivir 10 ó 15 años a un ataque gravísimo, el poliomiélico, el transplantado de riñón o de corazón quedan como sujetos disminuidos y frágiles para quienes se impondrá el recurso casi permanente de la medicina.

El progreso médico comporta otra consecuencia en apariencia paradójica: cuanto más se perfeccionan los métodos de investigación y tratamiento, más se extiende, en la práctica, el campo de la patología. Es verdad que los conocimientos nuevos no

crean la enfermedad en el sentido biológico de la palabra, pero ellos multiplican los enfermos en la medicina que éstos pueden ser definidos como exclusivamente para la medicina.

Así por ejemplo, la noción de infancia inadaptada no existía 40 o 50 años atrás. Se conocía entonces niños con taras físicas o psíquicas o bien niños "poco dotados para los estudios" o "difíciles". A partir de las investigaciones hechas por médicos, psicólogos, educadores, asistentes sociales y poniendo al día los métodos de intervención, se ha transferido al campo de la medicina a millones de niños en muchos países del mundo.

Igualmente, los descubrimientos recientes de la quimioterapia en el dominio neuropsiquiátrico han hecho considerar como patológico aquello que antes no era sino singularidades del carácter. Se estaba angustiado, deprimido, violento, agitado, sin pensar un instante en llamar al médico. En la actualidad esperamos del médico que nos trate con inyectables, gotas o comprimidos y obtener así el medio de equilibrar nuestro comportamiento.

En la medida en que la medicina se define concretamente por los medios de acción de que dispone, cada uno de sus avances aumenta la extensión de su imperio y el número de sus miembros. La distribución de los cuidados se hace a través de estructuras socio profesionales que se desarrollaron durante el siglo XIX; correspondían al ejercicio empírico, solitario, de un arte incierto en sí mismo y cuyo costo era despreciable para la colectividad. No es sorprendente, por lo tanto, que la medicina moderna no se acomode al modo del ejercicio tradicional, lo que no deja de presentar dificultades de hechos y conflictos de ideas. La extraordinaria amplitud de los conocimientos médicos de hoy día, la complejidad y la diversificación de técnicas puestas en marcha llevan ahora, como antes, a la diversificación del trabajo.

Nadie puede pretender saberlo todo en medicina y el médico está obligado a llamar en su auxilio a ciertos colegas especializados: laboratoristas, radiólogos, a los diversos grupos de profesionales paramédicos, al hospital, etc, para llevar a feliz término el diagnóstico y los tratamientos. Mientras que el médico, sobre todo el médico de familia, se encuentra progresivamente separado de los equipos necesarios para el ejercicio de su oficio, se ve al contrario desarrollarse un proceso de concentración de equipamiento técnico en los hospitales, las clínicas, los dispensarios, los laboratorios y más recientemente en los centros de diagnóstico y de tratamiento financiados por capitales privados. Esta disociación tiende a abrir una brecha cada vez más profunda entre la medicina práctica y la medicina llamada científica, lo que no puede ser sino perjudicial, tanto para los médicos como para los enfermos.

El hospital pasa también una crisis, puesto que de su estado primitivo, de refugio de pobres, ha llegado a ser el lugar de elección de la medicina más elaborada. Ni los reglamentos ni las tradiciones, ni aún las construcciones hospitalarias pueden responder de hecho a la revolución médica que se está cumpliendo.

Ni los reglamentos ni las tradiciones, ni aún las construcciones hospitalarias pueden responder de hecho a la revolución médica que se está cumpliendo.

La fabricación de productos farmacéuticos está asegurada por las empresas industriales, que no tienen nada de común con la antigua oficina del farmacéutico, que ha transformado totalmente su papel.

Por último, el costo de los aparatos médicos modernos es tal, que las inversiones correspondientes no pueden ser manejadas por los médicos mismos, sino solamente por las colectividades públicas o semipúblicas y en los sectores que presentan una rentabilidad suficiente, por los organismos financieros privados.

Asimismo, el modo de remuneración de los médicos ha seguido una evolución importante, en las sociedades desarrolladas más que en los países en vías de desarrollo; y se ha pasado del honorario familiar al pago del acto y de la libertad de tarifas a la reglamentación por vía de las convenciones colectivas, bajo la influencia de los regímenes de Seguro obligatorio.

Cualquiera que sea el aspecto bajo el cual se trate la cuestión es de todo punto de vista claro, para un espíritu advertido, que las viejas estructuras, por muy adornadas que estén del esplendor del pasado, se hunden por todas partes y la lentitud de su adaptación se opone igualmente en ciertos casos a una distribución racional y así mismo económica, de cuidados de calidad.

Hay algo más grave todavía: ciertos conceptos morales están, si no puestos en duda, al menos clarificados con una luz nueva por el progreso de la medicina. Hasta la aparición de la medicina científica el deber del médico frente a un enfermo era de una limpidez perfecta: debían poner en marcha todos los medios de que disponían para curar y salvar de la muerte, sin haber tomado en consideración algún otro elemento de juicio, cualquiera que éste fuese. En verdad el límite era muy rápido de obtener dentro de estos medios que se imponían y que eran fáciles de adoptar.

Por lo tanto de manera inesperada y dolorosa, el progreso médico viene a trastornar tanto para el práctico como para la sociedad esta coincidencia estrecha entre la conciencia moral y práctica. A nivel del ejercicio cotidiano de la medicina en la ciudad, el médico está obligado a sentirse cautivo prescribiendo las investigaciones capaces de acelerar o afinar su diagnóstico y de hacer aparecer tal o cual elemento patológico que ha escapado al examen clínico y al mismo tiempo se encuentra ante la imposibilidad práctica de hacer seguir a todos los enfermos todos los exámenes que teóricamente podrían arrojar alguna luz. Si bien de manera frecuente la selección de aquello que se ha hecho puede estar errada y tener para el enfermo consecuencias muy molestas; a la inversa, la investigación excesiva de eliminación de todo riesgo por más ligero que sea, tendría como resultado una carga económica insoportable.

Así nace una actitud imprecisa entre lo deseable y lo posible donde el médico no puede moverse sino en función de criterios que le pertenecen a él sólo y a determinar caso por caso.

Esta incertidumbre toma evidentemente resonancia particular cuando se trata de enfermos gravemente comprometidos hasta las fronteras mismas de la vida. ¿Hasta dónde es legítimo presionar o llevar la lucha contra la enfermedad, el dolor y la muerte? ¿Durante cuánto tiempo puede uno mantener a un ser en estado de coma prolonga-

do? ¿Más allá de qué límites es necesario cesar de alimentar la vacilante luz de la vida de un prematuro cuyas funciones cerebrales están casi con seguridad irremediablemente perturbadas?

¿Qué tasa de probabilidad en el éxito puede justificar una determinada intervención quirúrgica, o un determinado trasplante de órgano? Por primera vez los enfermos, o sus familiares son llamados a tomar de manera consciente y en frío decisiones que antiguamente las atendía el “destino”.

Pero más allá de los individuos, la colectividad nacional está implicada directamente, lo admita o no, en la elaboración de esta nueva praxis de la medicina. Ya no es posible en efecto separar las preocupaciones morales de los datos y de los hallazgos puesto que la medicina tiene necesidad, para dar su plena medida, de equipos muy costosos lo que conlleva a gastos tales que es indispensable un mecanismo colectivo de compensación.

De hecho la difusión del progreso médico depende ante todo, en gran medida, de la generosidad de la colectividad frente a los gastos de salud. La conciencia social no puede contentarse con afirmar que la vida humana es sagrada y que todo debe ser hecho para preservarla; ella debe fijar de manera concreta el precio de la salud y de la vida, al mismo tiempo que debe establecer que el hecho de ser rico o pobre, joven o viejo, trabajador o inválido, pueda tener por consecuencia una protección más o menos activa de la salud o una desigualdad frente a la muerte. Tal cambio de los hábitos de pensamiento que toca al ser humano mismo, no ocurre ciertamente sin incidentes sobre el confort intelectual de todos y de cada uno; parece que hasta el presente permanece la tentación de afirmar con más fuerza que nunca el valor fundamental de todo humanismo, evitando plantear claramente el problema de la salud bajo el ángulo de las posiciones económicas y de las reformas estructurales.

Es necesario precisar el problema general de un sistema de salud y que sea examinada su naturaleza y sus modalidades. Hay tres tipos de aproximación a un programa de salud que se puede realizar a través del medio físico (protección de los usuarios, lucha contra los factores sociales que afectan la salud: tales como alcoholismo, o drogadicción, delincuencia, pobreza), o bien atacar el problema a partir de los medios utilizables (equipamiento hospitalario, reglamentos, etc.) o finalmente tomar directamente el análisis a partir de los beneficiarios, si estos constituyen una categoría particular, perfectamente identificable, en razón de su estructura sanitaria y social particular (por ejemplo: madres, niños, ancianos, etc.) Por lo tanto, a partir de una serie de índices se podrá organizar un sistema de salud. La cronología norteamericana distingue tres especies de medida:

Primero: Índice por programas mayores, en el interior de un sector determinado.

Segundo: Índices físicos, clásicos, correspondientes a la nomenclatura por actividades, éstos son en realidad medidas de: número de camas, variaciones relativas al número de médicos, enfermeras, auxiliares, etc.

Tercero: Índices sintéticos que miden el impacto de uno o muchos programas sobre el nivel de bienestar, o más generalmente el desarrollo social.

Cuarto: Indicadores financieros, tasa de rentabilidad, balances actualizados, precios de estancia, etc; esto se caracteriza por un plan físico y financiero cuyos elementos son:

- a) Planificación
- b) Programación
- c) Presupuesto

En base a esto se establece horizontes de acción, por ej. disminución del número de muertes al año de los principales daños.

Frente a estos objetivos, tenemos otros instrumentos que no se toman totalmente en cuenta como, por ejemplo, reducir el número de muertes por accidentes de tránsito en un determinado porcentaje, reducción de muertes de cáncer en general y de formas particulares más evidentes; reducción de accidentes de trabajo e invalidez consecutiva, etc.

Frente a estos objetivos, las diferentes soluciones alternativas han sido analizadas a partir de un cálculo de costo-beneficio establecido en el interior de cada programa específico.

El economista no podrá dejar de asombrarse por la similitud de la metodología del conocimiento médico y la metodología que prevalece en su propia ciencia. Así como el médico, el economista no puede hacer experimentos y menos en macro economía. La razón es la misma: el costo social es muy elevado y los resultados de la acción impiden a éste escoger con el solo fin de conocer, o que este objetivo influya mucho o poco sobre la selección. El economista, como el médico, está reducido a observar y no a experimentar. La economía política es una ciencia de observación y no una ciencia de experimentación. Esto en sí no es ciertamente un obstáculo para la adquisición de un status científico por un cuerpo pensante, más aún, la economía, como la medicina, tiene por objeto la observación privilegiada, los resultados de sus acciones llevadas con el fin de mejorar o de curar.

Por lo tanto, si se sigue la tradición clásica que consiste en clasificar las ciencias según el modo de adquisición primaria y principal de los datos de lo real, la economía y la medicina deben ser llamadas ciencias de acción más que ciencias de observación, reservando este último nombre a las disciplinas que se entrecruzan y se instruyen sobre todo por la simple observación de lo que está presente.

Más todavía, las ciencias de la acción, la economía como la medicina, lo son no solamente por sus medios sino por sus fines. Porque sus metas son muy importantes para el hombre, estas dos ciencias no pueden ser contemplativas, no pueden tener por fin el conocimiento puro, no pueden imperativamente tener otro objetivo final que el de guiar y realizar acciones eficaces. Como la medicina, la economía debe ser prescriptiva. Como ella debe ser extraída, determinada por la importancia de su finalidad que es, a grosso modo, la misma en los dos casos: el bienestar de los hombres — El economista, como el médico, debe ser dirigido por los otros.

A pesar de que no hay costumbre de hablar sobre este tema, la deontología del primero debe ser también limitante como la deontología del segundo. Pero las similitu-

des, muy profundas entre estas dos disciplinas, no deben ocultar sus diferencias. Ante todo la economía no tiene la suerte de poder apoyarse sobre una logística experimental como es la biología. Por el contrario, su capacidad de teorización es muy superior a las de la medicina y aún a las de la biología; y, ellas a su vez le dan una pinta de sangre azul perteneciendo a la reina de las ciencias, la física. En fin, la norma es más fácil de decidir en medicina que en economía; la salud individual es un concepto más simple que el optimum social.

Así contrariamente a una opinión muy expandida, no son los actos cuya iniciativa la tienen los pacientes (consultas y visitas) los que aumentan más sino aquellos que traducen de manera más o menos ostensible el progreso científico y técnico (cirugía, radiología, etc.).

Las estadísticas hospitalarias en el mundo demuestran que el número de enfermos hospitalizados en los últimos 25 años se ha incrementado por múltiples razones, pero es evidente que la duración media de la estancia hospitalaria ha disminuído en un 30% debido al progreso médico.

El análisis estadístico lleva a la conclusión de que el factor fundamental del aumento de los costos y del consumo, están constituídos por el progreso médico por lo que sería necesario investigar por medio de una especie de contra-prueba la influencia eventual de otros elementos. El consumo médico varía con la edad: muy fuerte en los dos primeros años de la vida, disminuye a los veinte y después aumenta de manera casi potencial con la edad adulta. Un anciano consume de 3 a 5 veces más que un adulto joven.

Todo envejecimiento de población aumenta automáticamente los gastos de salud. Las mujeres consumen más cuidados que los hombres y viven más largo tiempo que ellos.

Si uno examina los factores puramente económicos, es cierto que la elasticidad de las rentas para los gastos médicos es muy débil, salvo en lo concerniente a la categoría social de muy bajos ingresos. Igualmente, el nivel de los precios y el grado de cobertura social no tienen sino muy poca incidencia sobre el consumo.

Tenemos presente que el llamado consumo médico tiene diferentes connotaciones. El recurso medicina es, por lo tanto, percibido por la población como una necesidad prioritaria casi tanto como los alimentos de primera necesidad. Uno siempre está listo a hacer todos los sacrificios necesarios para curarse. Se confirma esta comprobación en la medida en que esta categoría de cuidados no tiene, psicológicamente, el carácter de necesidad vital que se adscribe sin más a las necesidades propiamente médicas.

Tal indicación presenta una gran importancia práctica puesto que trata de limitar los gastos de salud recurriendo a los procedimientos clásicos de una economía de mercado: ello sería inoperante ya que comportaría sin duda grandes inconvenientes de orden social.

Por el contrario se nota correlaciones netamente marcadas entre los niveles de consumo médico y las categorías socio-profesionales; son las poblaciones agrícolas las

que consumen menos. Se encuentran en seguida los no asalariados industriales, los comerciantes y artesanos casi en igualdad con los obreros; después del nivel más elevado: las profesiones liberales, los cuadros directivos y los empleadores.

Con todo, las resultantes adquiridas son suficientemente consistentes para que uno deba admitir que el elemento de los gastos de salud, ligados netamente al progreso médico no son otra cosa, en el plano psicosociológico, que una de las represiones de la mentalidad colectiva que comienza a dibujarse al margen de los que algunos llaman la era post industrial.

Hay una exigencia creciente en defensa de una igualdad frente a la salud, existe la duda de las estructuras profesionales y también una especie de indecisión en la mayor parte de los ambientes, comprendiéndose dentro de ellos los ambientes políticos.

Quiero resaltar un hecho que es importante en el plano de la realidad nacional. El Perú es un país en proceso de desarrollo con índices sanitarios cuyas cifras son equiparables a cualquier país del Tercer Mundo, con altas tasas de mortalidad y morbilidad, con crecimiento demográfico explosivo y con un nivel de población madura relativamente pequeño.

Los descubrimientos médicos no tienen significación real, sino cuando progresan en la práctica profesional es decir, cuando son accesibles a los enfermos.

Sabemos que la mayor parte de los casos que este pasaje de laboratorio al ejercicio cotidiano supone, ante todo, importantes inversiones y un aumento del precio de los costos del funcionamiento. Teóricamente es posible, por lo tanto, en ese momento, para los poderes públicos frenar la discusión del progreso médico.

Debemos reconocer que en el curso de los últimos 20 años en muchos países se ha hecho una parte muy modesta en defensa de la salud —dentro de las grandes opciones económicas— lo que no ha permitido la puesta en marcha de las nuevas técnicas médicas.

Pero cualquiera que sea la orientación seguida, en un porvenir cercano el progreso no se detendrá ante la oferta de ciudadanos, de quien depende estrechamente el consumo, que irá inevitablemente aumentando aún con lentitud. En cuanto a los factores psico-sociológicos, la permanencia de su acción es cierta. La fé en la Medicina se conjuga con el costo cada vez más elevado de los cuidados médicos, lo cual no hace sino reafirmar la convicción muy extendida que la salvaguarda de la salud es un derecho fundamental que no podría ser sometido a las contingencias de los recursos del presupuesto del sector público. La Oficina Sectorial de Planificación de la Salud, ha puesto de manifiesto las características del Sector Salud en el siguiente párrafo:

“El Sector Salud se circunscribe a los daños y factores condicionantes que pueden afectar la salud individual y colectiva de la población, a la producción de bienes y servicios destinados a promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud; y, a los recursos necesarios para esta producción. Comprende la prestación de servicios médicos, odontológicos, obstétricos y otros servicios complementarios, así como la producción de biológicos. Abarca también las inversiones en construcción y equipamiento de hospitales, centro de salud, postas médicas y sanitarias y otros locales similares, así como

las obras para abastecimiento de agua y disposición de excretas; finalmente comprende la capacitación y la formación de personal de enfermería y auxiliar”.

En el Sector Salud la participación del Estado adquiere una importancia decisiva dado a que aproximadamente un 74% del gasto es generado por el Sector Público, quedando la acción del Sector Privado limitada principalmente a proporcionar servicios de Salud a la población de altos ingresos, que es cerca del 10%.

Los Servicios de Sanidad de las Fuerzas Armadas y Auxiliares, cubren aproximadamente al 5% de la población total entre efectivos, dependientes y población civil de algunas zonas rurales. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y los Servicios Médicos de las Sociedades de Beneficiencia Pública, tienen la responsabilidad de proporcionar asistencia al resto de la población, pero, en general circunscriben su acción principalmente a la población urbana y peri-urbana que se estima en 47% del total.

Con referencia a la información estadística utilizada, es necesario hacer los siguientes comentarios: la información sobre los hechos vitales adolece de notables deficiencias existiendo una apreciable omisión de registro. Las estimaciones practicadas muestran, en series históricas, que el porcentaje de omisión de registros es decreciente entre 1940 - 65. La omisión del registro de nacimientos en este último año (1965), es del 13%, y en defunciones, del 40%. La serie histórica relacionada con la producción de servicios presenta cifras con variable grado de consistencia, siendo las correspondientes a 1965, más próximas a la realidad.

Para identificar y jerarquizar los principales problemas de salud del país se han utilizado los siguientes criterios:

- Magnitud o cantidad de personas afectadas por un daño o grupos de daños; considera tanto la mortalidad como la morbilidad. (la mortalidad registrada para 1965 es de 10.1 por mil habitantes y corregida por la omisión estimada, sería de 16.7 por mil habitantes. La morbilidad se ha estimado en base a la demanda de servicios de reparación de la Salud).
- Vulnerabilidad, que es la posibilidad de reducir, con la tecnología disponible, la morbilidad causada por un daño.
- Costo de las acciones necesarias para controlar o erradicar un daño o grupos de daños.

De acuerdo con estos criterios, los problemas de salud del país que deben ser afrontados son, en el orden jerárquico, los siguientes:

- a) Enfermedades susceptibles de ser controladas por vacunaciones.
- b) Enfermedades en cuya propagación tienen particular importancia las deficientes condiciones de suministro de agua potable y de disposición de excretas.

- c) Tuberculosis en todas sus formas que, por su carácter crónico, ocasionan fuertes pérdidas a la economía nacional, tanto por la disminución de la capacidad de trabajo, cuanto por los gastos en la reparación de los casos.
- d) Enfermedades erradicables y aquellas significativamente reducibles por medidas sanitarias.

Los grupos de población más afectados por los problemas de mayor prioridad, están constituidos por las personas de 0 - 15 años de edad y las mujeres en períodos de gestación y de lactancia, es decir el grupo que en general se conoce como de la Madre y el Niño.

Entre los factores condicionantes de mayor importancia cabe notar lo siguiente:

ESTADO DE NUTRICION.—

La nutrición deficiente incide en un aumento de la mortandad por procesos tales como sarampión y otras enfermedades transmisibles y explica las elevadas tasas de mortalidad infantil existentes en el país, donde observamos que el 47% ocurre en el grupo de 0 - 4 años y que las defunciones de menores de un año representan el 30% de la mortalidad total.

Se comprobó que si bien una de las principales características de la alimentación del país es la diversidad regional del patrón dietético, un factor común es la baja ingestión calórica proteínica.

Además las investigaciones realizadas demuestran que existe consumo inadecuado de calcio, riboflavina, tiamina, y vitamina A.

El bajo nivel de nutrición encontrado es consecuencia de un complejo de factores económico-sociales cuya solución requiere del concurso coordinado del Sector Salud, con otros sectores de la economía nacional.

ESTADO DE SANEAMIENTO AMBIENTAL.—

La dotación deficiente de agua potable, así como la escasez de instalaciones para la eliminación de excretas, son responsables de la elevada incidencia de enfermedades gastrointestinales. En cuanto a suministro de agua potable y disposición de excretas, se advierte en 1965 que el 66% de la población urbana y solamente el 4.2% de la rural disponen de algún sistema de abastecimiento de agua potable, que el 63.8% de la población urbana dispone de sistemas de eliminación de excretas, que la población rural del país prácticamente no cuenta con estos servicios.

COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD.—

La escasa penetración de los servicios permanentes de salud en el medio rural dificulta la buena atención a las necesidades correspondientes a esta población, estimándose que 3'500.000.- campesinos tienen difícil acceso a tales servicios por habitar en zonas muy alejadas de ellos.

OTROS.—

Hay otros factores que en grado variable influyen sobre el nivel de salud, tales como: las deficientes condiciones de la vivienda, el alto grado de analfabetismo y bajo nivel de escolaridad. La existencia de patrones culturales diferentes en colectividades importantes del país, así como el reducido ingreso per cápita y su mala distribución determinan, en grandes grupos de la población peruana, niveles de subsistencia incompatibles con las exigencias de una vida digna.

En el país hay en la actualidad 1.9 camas por 1,000 habitantes, relación que está por debajo del promedio mínimo requerido.

Desgraciadamente esta cifra, con el aumento vegetativo de la población, ha llegado a 1.9 por 1,000 habitantes, en tanto que en ciertos hospitales de especialidad llega a 0.17 por 1,000 habitantes, como es el caso de las camas psiquiátricas. Es evidente que el sub-sector privado colabora en proporción apreciable en la atención médica pese a sus limitados recursos.

Si comparamos los gastos totales en salud con otros países, tenemos los siguientes guarismos:

Perú	2.0
Zambia	2.5
Checoslovaquia	3.6
Polonia	3.7
Francia	4.2
Gran Bretaña	4.2
Yugoslavia	5.0
Chile	5.6
Estados Unidos	5.8
Canadá	6.0
Israel	6.3

Si expresamos la relación Costo — Beneficio en salud, podemos decir, de acuerdo a los economistas europeos, que por cada 100 dólares USA, se obtiene 300 dolares USA de beneficio.

En Gran Bretaña los servicios hospitalarios se llevan el 50% del Producto Bruto Interno anual dedicado a salud 1.198 millones de Libras Esterlinas de gastos corrientes y 139 millones de Libras Esterlinas en gastos de reemplazo de capital. El personal médico representa el 9% de los gastos. Una cama cuesta en Gran Bretaña 5,000 soles diarios (80 Libras Esterlinas, a la semana) uniformemente, en cualquier área hospitalaria. El total de gastos en Salud en Gran Bretaña es del orden de los 200 mil millones de soles por bienio (260 mil millones de soles por año). En Estados Unidos, los gastos en salud, son del orden de los ochenta mil millones de dólares.

Entre las poblaciones del Tercer Mundo y los países industriales hay, verdaderamente, un abismo sanitario difícilmente salvable; sólo a través de acciones indirectas:

Educativas, Agropecuarias, Vías de Comunicación, etc., se podrá obtener un elevado índice de mejoras sanitarias, aparte del hecho necesario en el futuro, de que la seguridad social haga programas preventivos que son muchos más económicos a corto y mediano plazo.

Al final la problemática se sitúa en cualquier tema sobre la salud, sobre la vida y la muerte: cuántos deben nacer, cuántos no deben morir, cómo se es más útil dentro de la colectividad, cómo se genera más cargas económicas dentro de un grupo humano, cómo mantener el equilibrio entre las colectividades sanas y las colectividades enfermas, cómo hacer que el hombre, ser indigente necesitado de ayuda, se sienta seguro, se sienta libre, se sienta capaz de ejercer sus derechos y realizar sus deberes. La salud abarca todos los planos de la vida y abarca todos los estratos de la sociedad por eso es que no podemos desligarla de ningún programa político, de ningún programa social, de ningún programa que aspire a mantener en toda su vigencia la validez de los derechos del hombre en la sociedad actual.

