

Rol del Protomedicato

El protomedicato también tenía que ver con las cuarentenas de barcos y puertos. Para evitar las enfermedades, el primer tribunal se estableció en 1570; teniendo como sede la ciudad de Lima.

El Dr. Francisco Sánchez de Rendo fue su primer presidente, en el período 1670-1578. Al final del siglo XVII el presidente fue un peruano, el Dr. Francisco Bermejo y Roldán, entre 1692 y 1700.

En el momento de la declaración de Independencia peruana, Hipólito Unanue ejercía el cargo de protomédico.

Entre 1570 y 1821, se sucedieron un total de diecinueve protomedicos. La vigencia del tribunal del protomedicato, que tenía tenientes delegados a nivel provincial, siguió funcionando hasta 1848, cuando fue suprimido definitivamente.

SISTEMA SANITARIO

LA SALUD PÚBLICA EN EL PERÚ

El encuentro de dos mundos

El descubrimiento del nuevo mundo, no solo fue el encuentro de dos civilizaciones; también fue el contacto de gérmenes patógenos del antiguo mundo que causaron estragos en la población. Como los ciudadanos no tenían capacidad de respuesta a estas enfermedades, se generaron grandes epidemias durante el primer siglo de la conquista.

Las enfermedades se extendieron rápidamente a todos los confines y tuvieron alta letalidad. La viruela, el sarampión, la fiebre amarilla y la peste, fueron algunas de las enfermedades que diezmaron a miles de peruanos. La capacidad de respuesta se centraba en las cuarentenas y el uso de algunas plantas contra la malaria.

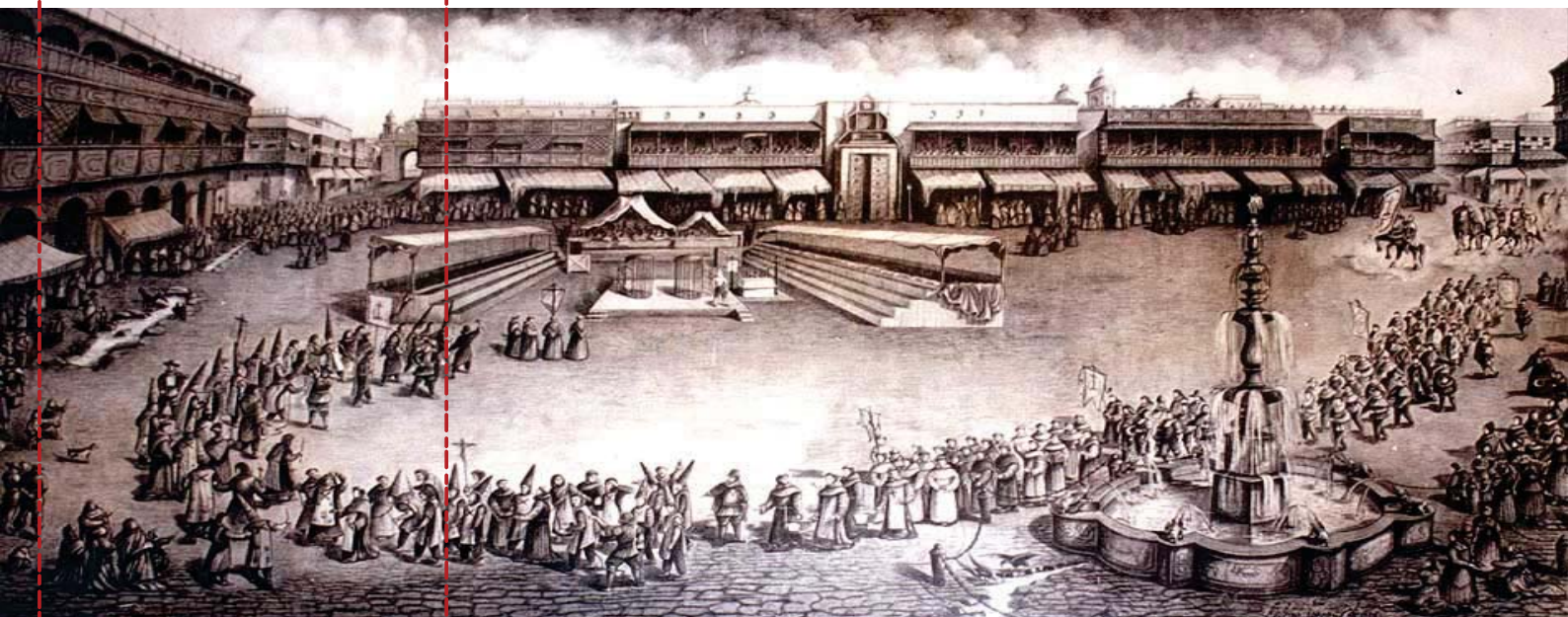
El Virreynato

La estructura sanitaria en el Perú se organizó bajo la disposición médica colonial, que dejó pocos aportes a la medicina nacional. Debido a que no se nutrió del conocimiento médico renacentista, sino del oscurantismo decadente que primaba en la España colonial. Conforme a la organización política medieval de España, los responsables en velar por la higiene pública eran los alcaldes comunales que presidían los cabildos. También la policía sanitaria de las ciudades y pueblos de su jurisdicción, velaba por la salud de los ciudadanos; por lo tanto eran responsables de dictar normas sanitarias.

El protomedicato

El "Real Tribunal del Protomedicato", era una institución creada en la España de 1442, como un tribunal formado por los protomédicos o examinadores, que reconocía la suficiencia de los que aspiraban a ser médicos y concedía las licencias necesarias para el ejercicio de dicha facultad. Además hacía las veces de cuerpo consultivo en el campo del cuidado de la salud colectiva.

El primer protomédico sustituto Dr Hernando Sepúlveda, tuvo que jurar ante el cabildo, primera autoridad sanitaria, para poder ejercer su cargo, El nombramiento de Protomédico procedía del rey, pero debía ser refrendado por el cabildo. En 1537 este Protomédico y otros miembros del cabildo hicieron la primera visita a las boticas para verificar "si el boticario cobraba contra la fe católica".



Escena de la vida pública en el Virreynato

SISTEMA SANITARIO

LA SALUD PÚBLICA EN EL PERÚ

Las Juntas de beneficencia

Hipólito Unanue, fue quien organizó la primera junta de beneficencia en 1825. La misma, debería dirigir los establecimientos fundados para socorrer permanentemente a los que necesitaban ayuda médica y no tenían medios para acceder a ella. Unanue decía: “Un hospital es una casa consagrada por la piedad, para los hombres que no pueden ser asistidos en sus propias casas. Para que en los mayores de nuestros males, que son las enfermedades, se refugien allí. Donde encuentran médicos, medicinas y una asistencia dulce que pueda consolarlos”.

En 1826 se crea la Dirección General de Beneficencia, que tendría a su cargo hospitales, hospicios ,casas de huérfanos, casas de desamparados ,cementeros y la vacunación. La primera intervención del estado en salud, se produce al formarse la Junta Suprema de Sanidad, creada por el Mariscal Santa Cruz. Él, tenía bajo su jurisdicción las Juntas Superiores Departamentales, las Juntas Municipales y las Juntas Litorales. Este periodo(1821-1841), fue totalmente endeble. Hermilio Valdizan lo llamó el periodo de los 20 años de juramentos.

La Importancia de la salud

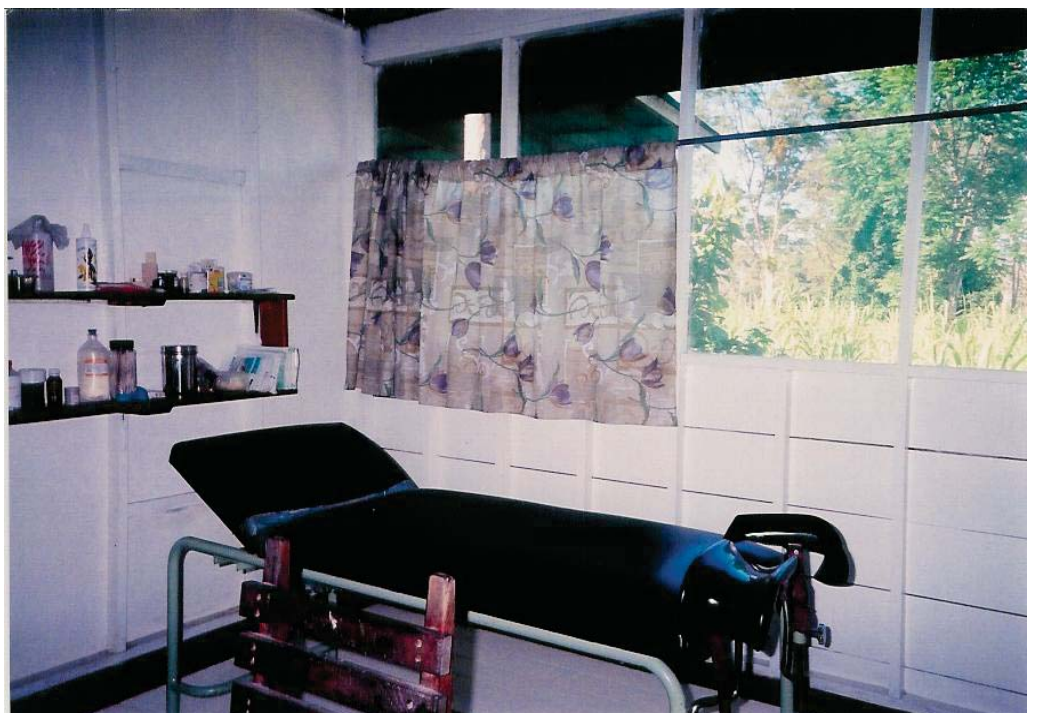
La salud concebida como problema individual y que su atención esté sujeta a la capacidad personal de acceso a servicios, ya se está revirtiendo. La atención sanitaria se destinaba a aquellos que podían pagarla o a la caridad de los sectores pudientes. El campo sanitario no era motivo de preocupación y los servicios sanitarios se encontraban totalmente minimizados. El gremio de médicos era el más distinguido, conformado por médicos europeos y por algunos profesionales peruanos(a partir del siglo XVIII), a quienes el protomedicato había concedido el título. Actualmente, la salud es un derecho de todos los ciudadanos.

Los hospitales

En 1821 se disponía en el Perú de cincuenta Hospitales, once de ellos se ubicaban en Lima.

En la actualidad, el sistema de salud cuenta también con Centros Asistenciales y el Hospital Perú.

Dicho Hospital es móvil, por lo tanto permite la inclusión y el acceso universal de todos los ciudadanos.



Los institutos de salud en Perú aún requieren mayor inversión.

SISTEMA SANITARIO

LA SALUD PÚBLICA EN EL PERÚ

Las Juntas de Beneficencia

La atención individual esta centralizada en el médico de la familia para las clases pudientes, es básicamente ambulatoria y progresivamente en consultorios. La salud pública se conceptúa desde un enfoque ético-religioso, no como deber del Estado. La clase dominante se organiza para cubrir algunas necesidades de los más desprotegidos, nacen así, las sociedades de beneficencia. Poco a poco se constituyen en unidades prestadoras de salud para la mayoría de la población.

Los hospitales y otros establecimientos sanitarios son administrados por éstas sociedades, están compuestos generalmente por religiosos. Se sostienen con donaciones de gente adinerada. El primero de estos locales fue una pequeña casa enfermería, establecida en Lima durante 1538.

En 1541, una Real Cédula ordenó establecer hospitales en todos los pueblos de españoles o indígenas, fundados o por hacerlo. Para que allí sean curados los enfermos de clase pobre y se ejercite la caridad cristiana. Hacia 1800, en Lima existían un total de 1,000 camas hospitalarias, repartidas en 50 enfermerías que funcionaban en 10 hospitales disponibles.

La Organización sanitaria

Las bases de la actual organización sanitaria en el Perú se inician en la década de 1870, ante la necesidad de evitar la propagación de enfermedades transmisibles. En este periodo, se dispuso que cada una de las provincias de la república tenga un médico titular sobre la base de los cirujanos militares.

El primer reglamento general de sanidad se dictó en 1887, durante el gobierno de Andrés A. Cáceres y no se modificó hasta 1905. Sería ésta, la primera organización sanitaria de la época republicana, con subsidiarias departamentales y provinciales. Este reglamento define que el servicio de sanidad se divide en: servicio de sanidad marítima y sanidad terrestre. Cada uno de estos servicios tendrá una organización y un personal especial. El servicio de sanidad es general, departamental y provincial.



Precariedad en clínica de Lima

Responsabilidad estatal

En 1903 se crea la Dirección de Salubridad del Ministerio de Fomento, antecesor del actual ministerio de Salud. Su primer director es el Prof. Julián Arce.

Posteriormente crea el Consejo Superior de higiene, como órgano consultivo del gobierno, formalizándose este comité en 1929.



El estado debe velar y cuidar a cada uno de los habitantes del país

SISTEMA SANITARIO

LA SALUD PÚBLICA EN EL PERÚ

El Ministerio de salud

En 1922 se crean las oficinas Departamentales de Salubridad, que van sustituyendo las funciones de las juntas departamentales hasta su total supresión, en 1923.

En 1935 se crea el Ministerio de Salud Pública y Previsión Social, que incluía direcciones de trabajo, previsión social y asuntos indígenas. Tomando a su cargo la beneficencia, también la dirección y sostenimiento de los establecimientos hospitalarios .

En 1936 se creó el Seguro Social Obrero o Caja Nacional del Seguro social que tenía acciones de salud y también de apoyo de la vivienda.

En 1942, el Ministerio cambió de denominación a Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Recién en 1968 adquirió el nombre actual: Ministerio de Salud.

En 1948 se crea el Seguro Social del empleado, el gremio médico de entonces presentó una férrea oposición con huelgas e ingerencias político-partidarias incipientes, pero ya poderosas por entonces.

El Estado de la Salud

En las décadas del 40 y 50 se elaboraron planes y programas referidos a enfermedades materno-infantiles, transmisibles, control de la malaria, enfermedades inmuno prevenibles, lepra, enfermedad de Chagas, saneamiento del medio (plan de agua potable rural) y planes de capacitación de personal. La característica general de los programas sanitarios, era el manejo de un programa tipo vertical, con un núcleo central que poseía limitada autonomía local. La tecnología utilizada era específica para cada problema.

Tenía como fuente de financiamiento a la cooperación externa y a los fondos nacionales asignados por ley.

Los años cincuenta

Se inicia y utiliza con más propiedad la asesoría y ayuda de organismos internacionales como la OPS, Servicio Cooperativo Interamericano de Salud y fundaciones como la Rockefeller.

Fue el apogeo de los hospitales, modernas construcciones y nuevas tecnologías. El entrenamiento de los médicos generó el inicio de las especialidades médicas. En 1957, el 72% de los médicos estaba en Lima y el 81% de los médicos tenían empleo seguro con salario decoroso.



Iniciativa del Ministerio de Salud para controlar la gripe porcina

SISTEMA SANITARIO

Los años sesenta



En los sesenta, crece el conocimiento y la importancia de aspectos operacionales de la salud, se introducen conceptos de descentralización con tecnología simplificada. Ésto es, específicamente, para propuestas centralistas de los hospitales o zonas urbanas. La capacitación de personal técnico por los servicios de salud tiene características básicamente recuperativas.

Se crean establecimientos fuera de las grandes ciudades, a manos de técnicos capacitados en el manejo simplificado de enfermedades y daños.

En 1962, la OPS organiza cursos de metodologías de programación local (OPS/CENDES), lo que favoreció la difusión del contenido a nivel nacional a través de la Escuela de Salud Pública.

El gobierno Militar creó en 1962 el INP, que obligaba a que cada sector tenga su oficina de planificación. Salud fue el pionero y uno de los primeros en organizar su oficina sectorial. Nacieron así, los famosos planes nacionales de salud que eran requisitos para la aprobación presupuestal.

La característica organizacional de los servicios de salud de esta época era la estratificación. Tenía una clara connotación social, es decir, que cada estrato social poseía su propio sistema. Cada sistema funcionaba simultáneamente, de forma desarticulada y con financiamiento propio (que en el 60% provenía del mismo estado) .

Al describir la pauta observada en el Perú en materia de atención médica, conviene distinguir entre los diferentes grupos de población. Fueron muchas las actividades de organización de estos servicios llevados a cabo en la época colonial.

Esta organización de la atención médica ha emanado de fuentes distintas gubernamentales y privadas. Cada actividad organizada tiende a orientarse hacia un determinado estrato social de la población aunque abundan los casos de superposición de actividades.

Programas de salud

En los diversos programas organizados, el Hospital desempeña una función central, tanto en lo que se refiere al cuidado del paciente internado como a la atención del paciente ambulatorio; por consiguiente para comprender los sistemas de atención médica hay que observar minuciosamente las diferentes clases de hospital.

Además hay que tener en cuenta, los servicios de atención médica que se ofrecen fuera de los hospitales con carácter esencialmente particular. Es decir, sin estar basados en ninguna organización.



Tuvieron que pasar varias décadas para que los trasplantes pudieran realizarse en el Perú

SISTEMA SANITARIO

Los años setenta

Se produjo la transferencia de los hospitales de la Beneficencia Pública al Ministerio de Salud. Se integraron el seguro social obrero con el seguro del empleado.

La desactivación del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, las reformas producidas por el gobierno militar también se reflejan en el sector. En 1977 se presentaron al gobierno alternativas para la ley general de salud y el sistema nacional coordinado. Fueron también años del auge de la atención primaria, con conceptos de integralidad (Salud y Desarrollo), de presencia e impulso de la participación de la comunidad en todo el proceso. La comunidad participaba hasta en la toma de decisiones, debido al apogeo de la metodología de acción participativa en el campo de la investigación. No sólo fue la década de estrategias y metodologías nuevas, fueron también los años esperanza y deseo del gran cambio.

Se adopta el Servicio Civil de Graduandos (SECIGRA), medida dirigida a buscar el desplazamiento del personal profesional a zonas de menor desarrollo, especialmente en la zona rural. Además, con la posterior modificación, el SERUMS se institucionaliza. También se impulsa el programa de erradicación de la malaria (con éxito temporal), se logró erradicar la viruela y se crearon programas nacionales de medicamentos básicos.

La planificación se consolida en el Estado, pero fundamentada en la idea de que la buena salud será básicamente el resultado de la prestación de servicios de salud adecuados. Los servicios sanitarios deben ser accesibles y equitativos. Esta nueva conceptualización ha provocado el mantenimiento o ampliación de las brechas entre la comunidad y los servicios, es notable la ausencia total de la población en la toma de decisiones.

Programas de salud

Sectores sociales, como la iglesia católica, colaboran con un fuerte apoyo al trabajo de salud en la comunidad. Se forman promotores de salud y se crean botiquines comunales en apoyo a la zona rural. La OPS y UNICEF desarrollan su rol de promotor sanitario, buscando la homogenización de políticas sanitarias en América Latina.



A través de las décadas, Perú fue modernizando sus instalaciones sanitarias y capacitando a su personal

SISTEMA SANITARIO**Los años setenta**

Se creó el Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud. En esta época no existió voluntad política alguna para modificar las condiciones sanitarias, el plan quedó en desuso al poco tiempo de su formulación. El resto del periodo fue intrascendente, su inacción contribuyó al deterioro y agravamiento de las condiciones sanitarias del país.

Los servicios llamados periféricos de salud estaban organizados en 60 áreas hospitalarias, integrantes de las 17 regiones de Salud del país.

En 1984 se aprobó el modelo de programa de atención integral de salud, cada región de salud y cada área hospitalaria tiene un programa de atención integral de salud. Se consolidaron los programas generados en los centros de salud, los principales fueron: Formación y Capacitación, Salud Materna, Control de Enfermedades Transmisibles, Atención al Medio Ambiente, Apoyo al Desarrollo de la Atención Primaria.

Nos enfrentamos a los años de la mayor crisis económica y social del país y América. El Estado y los partidos políticos perdieron su credibilidad y popularidad, por la falta de consecuencia con lo que ofrecían o predicaban en la década anterior. Se generó violencia en el centro del país y luego se generalizó a todo el territorio. La no llegada del cambio fue el combustible de las respuestas irracionales. En salud, fueron años de pedirle cuentas y resultados a la APS. Como a corto plazo no había respuestas visibles o cuantitativas, surgió la propuesta de focalizar la atención primaria o Atención Primaria Selectiva. En esos años, aparecen los programas verticales de salud, los donantes solicitan resultados para su inversión y se generaliza la propuesta de supervivencia infantil.

Hubo un aumento de coberturas en inmunizaciones, control de enfermedades diarreicas y control de infecciones respiratorias agudas. Se impulsó el control de algunas enfermedades, como TBC. Se hicieron notables las deficiencias en el sector, burocratismo, centralismo y disminución del presupuesto para las áreas sociales. En los años ochenta, se realizó una reorganización en el área de costos y colapsó el modelo de prestación del estado benefactor populista. Los prestadores de servicios aprendieron a vivir de sus ingresos propios, técnicamente se llama a esto, recuperación de costos.



Hospital de Lima

El Plan Aprista

Se inicia el gobierno Aprista, que trajo como novedad la formulación del Plan Nacional de Salud. Bajo la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), el balance actual es que hubo un desfase, entre el avance conceptual sugerido por este plan y la incapacidad de hacerlo operativo. Determinado en gran porcentaje por el sectarismo partidario y la crisis económica.



Sala de espera en hospital peruano

SISTEMA SANITARIO

Los años ochenta



Clinica colapsada

Se inició el desarrollo de propuestas liberales de la economía y el avance de los medios de comunicación, nos globalizó. Se replanteó el rol del estado, se iniciaron las propuestas de privatización y persistió la incertidumbre acerca del bienestar de los más necesitados. Se inició un movimiento a favor del ambiente y la ecología, también se estableció y se impuso el concepto de género a través de la cooperación externa. Se esbozó un nuevo espacio para el Estado, con motivo de fortalecerlo.

Apareció un fenómeno interesante: la sociedad civil como una alternativa al estado. Definiéndole nuevas tareas y roles que se evidencia en logros obtenidos.

Aparece la regionalización como una tendencia de descentralizar el poder político, con malos resultados. La carencia de control social desvirtuó esta oportunidad de descentralizar y crecer. Se propicia un discurso de vuelta a la integralidad, que no se da en la práctica. Hubo resultados concretos en coberturas, se eliminó la poliomielitis y se hizo énfasis en aumentar la eficiencia reduciendo personal y costos.

Apareció la epidemia del cólera y su control eficiente. Se realizaron programas de focalización del gasto social. Fue el auge de la cooperación externa en salud de parte del Banco Mundial y del BID con orientaciones liberales. Surgieron cambios y modernización en el IPSS, que promovieron la expansión progresiva del subsector privado.

Es inminente la necesidad de planificar proyectos de reforma, para modernizar el sistema.

Los años noventa

El saldo del sector salud en la década de los noventa es contradictorio. Por un lado, se han logrado grandes avances en la recuperación y ampliación de la oferta de atención primaria de salud. Favorecida por la apertura o reapertura de cientos de centros y puestos de salud, el equipamiento de los mismos, la ampliación de horarios y el fortalecimiento de programas nacionales (en particular los referidos a la salud materno-infantil y a las enfermedades transmisibles).

Por otra parte, son pocos los logros en cuanto a la transformación de los sistemas de salud para alcanzar los objetivos de equidad, eficiencia y calidad que planteó la reforma.



Hospital Arzobispo Loayza