



LIBRO DEL BICENTENARIO DE LA
INDEPENDENCIA
NACIONAL

1 8 2 1 - 2 0 2 1



LIBRO DEL BICENTENARIO DE LA
INDEPENDENCIA
NACIONAL
1 8 2 1 - 2 0 2 1



COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ

COMITÉ EJECUTIVO NACIONAL

Período 2020-2022

Decano

DR. MIGUEL PALACIOS CELI

Vicedecano

DR. CIRO MAGUIÑA VARGAS

Secretario del Interior

DR. EDÉN GALÁN RODAS

Secretario del Exterior

DR. CÉSAR PORTELLA DÍAZ

Tesorera

DRA. MARÍA LUISA FAJARDO LOO

Vocales

DR. ALFREDO CELIS LÓPEZ

DR. ILDAURO AGUIRRE SOSA

DR. AUGUSTO TARAZONA FERNÁNDEZ

DR. MARIANO CUENTAS JARA

Accesitarios

DR. ARMANDO RODRÍGUEZ HUAYANEY

DR. WILDER DÍAZ CORREA

LIBRO DEL BICENTENARIO DE LA INDEPENDENCIA NACIONAL 1821 – 2021

COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ

Malecón Armendáriz 791, Miraflores, Lima 18, Perú.

Teléfono: 213 1400 Anexo: 2601

Coordinación general:

Doctor Ricardo Iván Álvarez Carrasco

Diseño y Diagramación:

Impresión Arte Perú S.A.C.

Primera edición, julio 2021

Tiraje: 2000 ejemplares

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°: 2021-06550

ISBN: 978-612-45410-9-4

Se terminó de imprimir en julio del 2021 en:

Impresión Arte Perú S.A.C.

Jr. General Orbegoso 249 - Breña.

Teléfono: 999 698 361

Reserva de derechos: Prohibida la reproducción total o parcial de los artículos publicados en este libro.

Descargo de responsabilidades: El contenido de cada artículo es de responsabilidad exclusiva del autor o autores y no compromete la opinión del Colegio Médico del Perú.

FONDO EDITORIAL COMUNICACIONAL - FEC

Dr. CIRO MAGUIÑA VARGAS

Director del FEC
Medico Infectólogo Tropicalista Dermatólogo
Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú
Académico de número - Academia Nacional de Medicina

Dr. JORGE GONZÁLEZ MENDOZA

Médico Infectólogo
Secretario del FEC
Moderador, Programa para la Monitorización de Enfermedades Emergentes
(ProMED). International Society of Infectious Diseases

Dr. RICARDO IVÁN ÁLVAREZ CARRASCO

Instituto Nacional Materno Perinatal
Asociación Médica Peruana de Patología Clínica
Academia Panamericana de Historia de la Medicina
Asociación de Historia de la Medicina Peruana

Dr. OSCAR PAMO REYNA

Médico Internista Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Miembro del FEC
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Académico de número, Academia Nacional de Medicina

Dr. ALBERTO EMILIO ZOLEZZI FRANCIS

Director del Acta Médica Peruana
Médico Gastroenterólogo
Hospital Nacional María Auxiliadora
Universidad Ricardo Palma

CONTENIDO

Presentación del libro <i>Dr. Miguel Palacios Celi</i>	7
Historia de la medicina tradicional en el Perú <i>Drs. Martha Villar López y Hugo Rengifo Cuellar</i>	9
La Ilustración y Abascal en los albores de la independencia del Perú <i>Dr. Oscar Pamo Reyna</i>	27
Hipólito Unanue y su actuación en la independencia del Perú <i>Dr. Ricardo Álvarez Carrasco</i>	39
Cayetano Heredia y su rol en la modernización de la medicina peruana <i>Dr. Manuel Purizaca</i>	55
Perú y Ecuador enlazados a través de los siglos por la historia de la salud <i>Dr. Ricardo Iván Álvarez-Carrasco</i>	63
Guillermo Gastañeta Espinoza y su influencia en la cirugía peruana <i>Dr. Daniel Haro Haro</i>	81
Alienismo y psiquiatría en el Perú republicano <i>Dr. Santiago Stucchi-Portocarrero</i>	91
La historia de la República a través de las epidemias <i>Drs. Ciro Maguiña, Renata Pulcha y Mayte Pizarro</i>	101
La Patología Clínica y Medicina de Laboratorio y su contribución al desarrollo de la medicina peruana <i>Dr. Ricardo Álvarez Carrasco</i>	119
Manuel María Núñez Butrón. Pionero de la atención primaria de salud en el mundo <i>Drs. Wilfredo Olave, Dino Calcina y Vidmar Mengoa</i>	133

El Colegio Médico del Perú y su contribución en el desarrollo de la orden médica peruana en los últimos cincuenta años <i>Dr. Ricardo Álvarez Carrasco</i>	145
El Colegio Médico del Perú y sus publicaciones científicas en el Bicentenario de la independencia del Perú..... <i>Dr. Alberto Zolezzi Francis</i>	159
La genética y sus implicancias actuales y futuras en la medicina peruana <i>Drs. María Luisa Fajardo y Hugo Abarca-Barriga</i>	173
La Informática Biomédica y su aplicación en la medicina peruana <i>Drs. Walter H. Curioso y Elizabeth Espinoza-Portilla</i>	189
¿Qué es ser médico en el Perú de hoy, sumergido en la pandemia del COVID-19? <i>Dr. Alberto Perales Cabrera</i>	203
Historia del COVID-19 en el Perú: Balance marzo 2020 – mayo 2021 <i>Drs. Ciro Maguiña y Jorge González Mendoza</i>	215

PRESENTACIÓN

El Colegio Médico del Perú saluda a la población peruana en general y a la orden médica colegiada en particular, al conmemorarse los 200 años de la independencia política de España, aniversario que nos sorprende en medio de una pandemia devastadora, que además de la gran tragedia humana que ocasiona, de la ruina económica que causa, y el significativo empeoramiento de los indicadores socio sanitarios, deja para los años venideros muchas brechas por cerrar y muchos retos por cumplir.

La pandemia del COVID-19, como fenómeno biológico, económico y social, a quien nadie invitó a esta celebración, ha teñido de luto el año del bicentenario, dejando imborrables huellas de dolor, sufrimiento y destrucción en las familias peruanas; sin embargo, como en toda lucha, nos ha dejado también ejemplares actos de solidaridad, civismo y heroísmo, prueba de ello es la inmolación de varios centenares de nuestros médicos que perdieron sus vidas defendiendo la de sus pacientes, en medio del abandono del Estado, en el marco de una crisis sanitaria crónicamente desatendida y de estrategias sanitarias fallidas, por lo que la orden médica, además de héroes los considera también víctimas, mártires y maestros de la Medicina Peruana.

El Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú, electo para el período 2020 – 2022, a través de nuestro Fondo Editorial Comunicacional, pone a vuestra disposición un libro que reencuentra ese pasado augusto y excelso de la Medicina, desde los albores de la República y lo enlaza con las tareas del presente y el futuro.

La importancia de este libro se acrecienta, en circunstancias en que el ejercicio de nuestra profesión ha sido reconocido y valorado por la sociedad y ha intervenido en nuevos espacios como la medicina a distancia -telemedicina-, lo cual nos exige una profunda reflexión de cara al futuro inmediato y mediano.

El presente libro consta de diversos artículos de tal manera que nos hace transitar del siglo XIX al XXI, empieza por el rol del virrey José Fernando de Abascal y Sousa en el proceso de la Ilustración en las postrimerías del Virreinato, un tiempo de incertidumbre y ansias emancipadoras; continúa con la importante participación del doctor José Hipólito Unanue y Pavón en la independencia nacional, las tertulias médicas en el viejo anfiteatro y el martirologio de los cirujanos y médicos de aquel entonces; luego nos recuerda los hitos de la Medicina y los aportes de sus principales lumbreras en estas semblanzas; de igual manera hay artículos que nos refrescan la memoria sobre las consecuencias de las epidemias y la actual pandemia en el país, así comprenderemos en qué fallamos como Estado y sociedad frente a la COVID-19; otro detalla el rol del Colegio Médico del Perú en sus más de cinco décadas de existencia, sin descuidar los temas y retos del siglo XXI,



como el enorme aporte de la informática y su aplicación en la medicina peruana; la medicina experimental y la medicina tradicional también ocupan un espacio preferente en este libro, que cierra con un importante aporte y reflexión de lo que les espera a las futuras generaciones en el momento de ejercer este sacerdocio.

Como decano nacional del Colegio Médico del Perú, saludo, felicito y agradezco el enorme esfuerzo y el arduo trabajo de los autores, plasmado en este libro, así como el trabajo denodado del Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú por seguir con su fructífera labor.

Miguel Palacios Celi

Decano nacional

Colegio Médico del Perú

History of traditional medicine in Peru

Historia de la medicina tradicional en el Perú

Martha Villar López^{1,2,a}
Hugo Rengifo Cuellar^{2,b}

mavillar3377@gmail.com
rengifohugo@hotmail.com

- ¹ Centro de Investigación Clínica de Medicina Complementaria- Seguro Social de Salud – EsSalud.
² Comité de Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria – Colegio Médico del Perú.
^a Médica cirujana especialista en Medicina Interna.
^b Médico cirujano inmunológico, planificador y politólogo en salud.

Contribuciones de autoría

Los autores han desarrollado íntegramente la concepción y el diseño del artículo, recolección de información bibliográfica, la redacción del manuscrito y la revisión crítica del artículo. Los autores se hacen responsables de todos los aspectos que integran el manuscrito.

Fuentes de financiamiento

Este trabajo fue autofinanciado por los autores.

Declaración de conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

Autor Corresponsal:

Martha Villar López

Dirección: Av. Arequipa 4343–Dpto.31–
Miraflores

Teléfono celular: 999 – 925936

Resumen

El hombre sudamericano se desarrolló dentro de un ambiente *sui generis*, con diversos pisos ecológicos y con gran biodiversidad, llevándolo a construir su cosmovisión a través del lento transcurso socio-histórico entre los pueblos y el entorno natural. Se conformaron diversas culturas pre-incas que contribuyeron cada una de ellas a generar conocimientos y prácticas en el cuidado de la salud, los mismos que fueron sintetizados y fortalecidos en la época del incanato, donde se estableció un sistema de salud fundamentalmente preventivo y colectivo, así como el desarrollo de la medicina tradicional, la que fue admirada a inicios de la colonia, pero que luego fue sumergida, quedando en la clandestinidad, disfrazada en un sincretismo, hasta el día de hoy. En la república, el olvido fue aún más manifiesto, aunque en la actualidad se cuenta con alguna normatividad que la valora y se tienen experiencias exitosas que confirman la necesidad de articularla y ponerla en valor para mejorar el sistema de salud pública del Perú.

Palabras claves: Medicina tradicional; Historia de la Medicina; Perú.

Abstract

The South American man developed himself within a sui generis environment, into diverse ecological floors and great biodiversity, which led him to build his worldview through the slow socio-historical course between towns and the natural environment. Various pre-Inca cultures were formed that each contributed to generating knowledge and practices in health care, which were synthesized and strengthened in the Inca's period, who established a preventive and collective health system, fundamentally. In parallel, traditional medicine was developed, and was admired at the beginning of the colonialism. However, later was submerged remaining in hiding, disguised in a syncretism until nowadays. In the republic the oblivion was even more noticeable, although currently some regulations valuing it have been given and also are successful experiences that confirm the need to articulate and value it to improve the public health system in Peru.

Keywords: *Traditional medicine; History of Medicine; Peru.*

Introducción

Hace más de 20 000 años se pobló América del Sur. Las teorías son diversas, desde la autóctona hasta aquellas que proponen que el hombre llegó del Asia, de la Polinesia o de Australia ^[1,2]. Lo cierto es que el hombre sudamericano se desarrolló en un ambiente diverso, gracias a las dos cadenas de los Andes, a la corriente fría de Humboldt en el océano Pacífico y a los vientos del Este, que generan lluvias en la región amazónica, incrementando la flora y fauna en la selva, convirtiéndose en una de las diez zonas con mayor biodiversidad en el mundo ^[3,4].

En este escenario, se desarrolló el antiguo Perú, reconocido entre las seis áreas del orbe en que tuvo lugar el desarrollo indígena de la civilización. El hombre andino se adaptó y convivió con la naturaleza en una simbiosis impresionante, alcanzando el desarrollo de la civilización más antigua de América, Caral (5 000 años) ^[5] y una serie de culturas que obtuvieron grandes avances en el cuidado integral de la salud, tales como Chavín de Huántar, Moche y Chimú en el norte; Paracas y Nazca en la costa sur y la cultura Huari en la sierra central; al sur, Tiahuanaco, entre otras más, que también dejaron un legado importante en la medicina tradicional ^[6].

La cultura inca sintetizó el conocimiento de todas las culturas que le precedieron y aún más, sistematizó los saberes, construyó una cosmovisión andina propia que sirvió de base para el desarrollo de una gran cultura, incluyendo el cuidado de la salud. Esta cultura ocupó una amplia extensión de Sudamérica, teniendo como centro de gobierno al Cusco, llamado Qosqo, "Centro

del Mundo", y se constituyó junto con los aztecas y los mayas, en las tres grandes culturas de América ^[6].

El cuidado de la salud en el incanato fue fundamentalmente preventivo, con una mirada comunitaria e integral. Desarrollaron un sistema de salud con dos ejes, uno fue el vivir en armonía, "vivir bien", hoy conocido como Sumak Kawsay ^[7,8], y el otro, el cuidado del enfermo con la medicina tradicional, definida según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como las prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan recursos naturales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios individuales o colectivos en combinación para mantener el bienestar, tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades ^[9].

En la colonia y la república se respetó algún conocimiento sobre plantas medicinales, pero se destruyó e ignoró gran parte de la medicina tradicional, tanto en la prevención, como en el diagnóstico y tratamiento. Sólo unos pocos años atrás, se buscó revalorar la sabiduría ancestral del pueblo peruano, investigando sus raíces.

Metodología

Se organizó términos de búsqueda como "medicina tradicional peruana", "historia de la medicina tradicional en el Perú", "medicina andina", "historia de la medicina tradicional andina". La búsqueda se realizó en Google académica y en la Biblioteca Virtual de Salud. Se seleccionaron un total de 311 artículos, de los que 86 correspondían al Perú. Se revisaron y seleccionaron 25 artículos. Así mismo, se realizó una búsqueda de libros en las bibliotecas particulares de los autores seleccionándose diez libros. Se obtuvo un total de 40 referencias bibliográficas, que fueron revisadas y analizadas para elaborar el presente artículo.

Cosmovisión andina

La cosmovisión es el conjunto de ideas ordenadas, con las que cada grupo humano o cultura interpreta la totalidad del universo y actúa en él. Depende de su ambiente, historia, costumbres y lenguaje, y se va construyendo a través de un lento transcurso socio-histórico entre los pueblos y el entorno natural. Sirve para describir y explicar la relación entre los seres humanos y la naturaleza (elementos tangibles), así como el rol de los poderes sobrenaturales dentro del mundo espiritual (intangibles) y la forma en que ocurren los procesos naturales. Así se organizó el imperio incaico y construyó su base conceptual- filosófica para su desarrollo ^[8,10].

Esta cosmovisión está viva y forma parte del pensamiento de hoy, a través de una corriente subterránea de la inconciencia colectiva ^[10]. La racionalidad andina presenta simbólicamente el mundo mediante el ritual y la celebración, muestra el vínculo de todo con todo, y no concede una preferencia, es simbólica, afectiva e integradora, se basa en la totalidad viva. El runa andino

se comporta como un articulador o puente (chacana), no es individual, es fundamentalmente colectivo o comunitario. La concepción andina de la ciencia consiste en el conjunto de la sabiduría colectiva acumulada y transmitida a través de las generaciones [11]. La cosmovisión andina se sintetiza en el esquema que presenta Juan de Santa Cruz Pachacuti (Figura 1), quien realiza este grabado en 1613 considerando al cosmos como la casa grande, se encontró en el Altar Mayor del Templo del Coricancha en Cuzco; fuera de la casa no hay nada y dentro de ella todo está relacionado a través de ejes especiales, donde el hombre es el centro (chacana) dándose la interdependencia y la complementariedad [10].

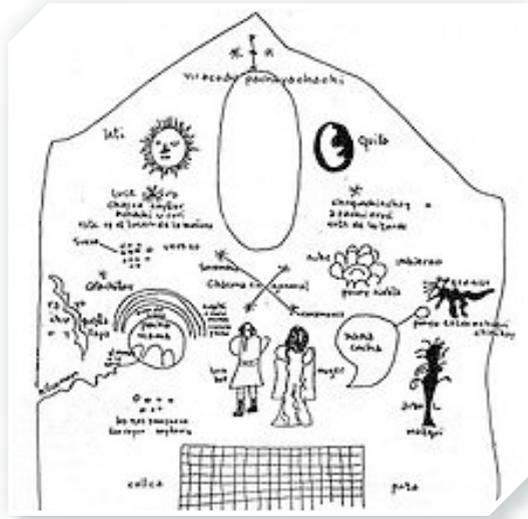


Figura 1. Esquema de Juan Santa Cruz Pachacuti

El esquema es una presentación simbólica del cosmos interrelacionado mediante distintos ejes cardinales: uno espacial entre el arriba (hanaq) y el abajo (ukuy), entre la izquierda (lloq'e) y la derecha (paña); y otro temporal entre el antes (ñawpaq) y el después (quepa), el tiempo es cíclico. Se trata de dualidades que no son oposiciones sino polaridades complementarias. Un tercer eje ordenador es la polaridad sexual entre lo femenino y lo masculino. En el pensamiento andino, no hay jerarquías sino correspondencias [10].

Desde esta concepción el hombre es el arariwa, "cuidante" o "guardián" de la Pacha y su orden cósmico, definido como el espacio- tiempo; y el Ayllu, es aquel espacio que tiene lo necesario para autosostenerse. Se basa en la trivalencia: verdadero, falso e incierto, lo que trasciende al pensamiento lógico del mundo occidental [12,13].

Los principios que sustentan la cosmovisión andina son [11,14]:

- **Correspondencia:** los distintos aspectos se corresponden de forma armoniosa y proporcional. El macrocosmos se refleja en el microcosmos y al revés.
- **Complementariedad:** ningún ente o acontecimiento existe individualmente, sino teniendo siempre un complemento. No son opuestos son complementarios, como los que se requieren para engendrar vida.
- **Reciprocidad:** corresponde a la justicia cósmica. El dar, recibir y devolver.
- **Vínculo:** interconexión entre todos los seres vivos, sin hegemonía ni dominación, en permanente movimiento circular.
- **Principio de la Unidad en la diversidad o Integralidad:** enriquecer y complementar la unidad a partir de la diversidad.

Etapa pre inca

En el antiguo Perú se originaron una serie de civilizaciones que lograron un gran desarrollo socio-cultural y se les denominó culturas pre incas. Se muestra un esquema de ellas.

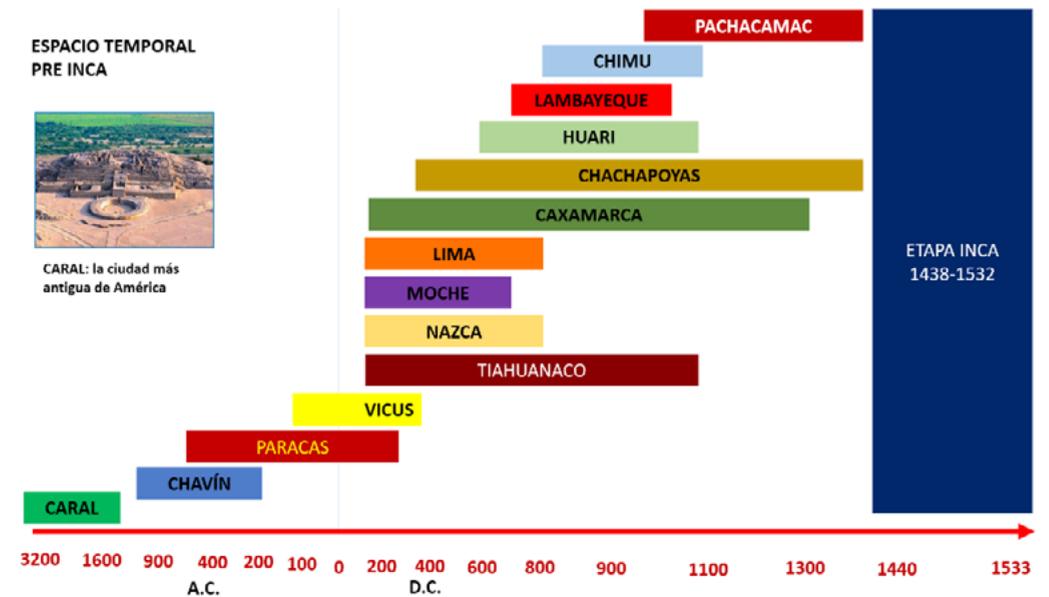


Gráfico 1. Desarrollo de los espacios temporales pre inca e inca.

Chavín de Huántar (1 500 a 300 a. C.), en la provincia de Huarí, departamento de Ancash, tenía oráculos con sacerdotes y sacerdotisas para predicción del tiempo, de la salud y la enfermedad, ceremonias en las que se articulaba humanos, naturaleza y divinidad. Su principal forma de curar era la colectiva, donde el curandero alcanzaba estados alternos de consciencia para diagnosticar y tratar, basado en confesiones, dietas, baños y plantas medicinales.

Sechín (1 500 a. C.), ubicada en Casma, a 400 kilómetros al norte de Lima, es la primera cultura que realizó disecciones y describe mediante imágenes los órganos del cuerpo humano. Ellos grabaron en piedra todo lo que observaban dejando sentado el origen de la anatomía humana y constituyendo los testimonios más antiguos de disecciones humanas en petroglifos [6, 15,16] (Figuras 2 y 3).



Figura 2. Sechín. Aparato digestivo



Figura 3. Sechín. Columna Vertebral

Cultura Paracas (700 años a. C hasta 200 años d. C), en sus fardos funerarios se evidenciaron la práctica de trepanaciones craneanas con fin terapéutico (Figura 4), en traumatismos craneanos, procesos infecciosos, pacientes con convulsiones, cefaleas persistentes, con 56 % de cura completa, fue el inicio de la neurocirugía. Se utilizó anestesia local con hojas de coca o con chicha; además de algodón, gasas y vendas para tratar la herida, se usó instrumentos quirúrgicos como el cuchillo de obsidiana, sílex, bronce o cobre; y el tumi con borde de medialuna y pinzas. Se cubrió la herida con planchas de oro o de calabaza, permitiendo una cicatrización sin problemas [17,18], encontrándose una supervivencia importante, reportada por Pierre Paul Broca, médico francés en 1867 [17]. Esta cultura destaca en el campo de la neurocirugía y en la momificación.

Cultura Mochica (100 años a. C a 800 d. C), se extendió en el norte peruano. La práctica de la medicina la realizaban hombres y mujeres (Figura 5). Se describen las enfermedades a través de



Figura 4. Paracas. Trepanación craneana

los huacos retratos, como: verruga peruana (Figura 6), parálisis facial, leishmaniasis, epilepsia, bocio, hemangioma labial, sífilis, exoftalmia, acromegalia, bartonelosis, tuberculosis, entre otras [19]. La manera de examinar al paciente, atender un parto, expresiones de sexualidad y la fecundidad; así como el uso de instrumental especial para las cirugías tales como el Tumi (Figura 7), hoy símbolo de la medicina peruana, además del uso de las diversas prótesis, después de amputar un miembro, se muestran en su arte cerámico [20].



Figura 5. Mochica. Curandero examinando a paciente

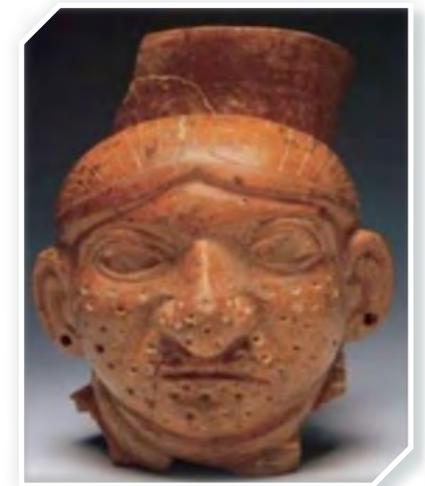


Figura 6. Mochica. Paciente con Bartonelosis



Figura 7. Chimú. Tumi-símbolo de la medicina

Las culturas pre incas gestaron gran parte del conocimiento que después sintetizaría y fortalecería el Tawantinsuyo.

Etapa Inca

Todos estos conocimientos fueron profundizados y consolidados por la cultura inca, sin menospreciar sus avances, sino más bien sumándolos, es por ello que esta etapa alcanzó un alto nivel de desarrollo en el cuidado de la salud. El sistema de salud en el incanato fue fundamentalmente preventivo.

Mirada desde la salud

Según la cosmovisión andina estar sano integra dos elementos claves: la condición individual y la colectiva. La condición individual es el “estar bien” (allí cai), es un estado de armonía física, mental, emocional y espiritual, según la edad y sexo, dependiendo de ello se observa su fisonomía y contextura, su capacidad de actuar; su emotividad y expresividad serena, su espiritualidad de acercamiento y diálogo. La condición colectiva no sólo tiene que ver con estar bien, sino con “vivir bien” (allí kaway), vivir de acuerdo y con estricto cumplimiento de los principios éticos de la vida comunitaria, respetando jerarquías (adulto-niño, entre otros), roles (marido-mujer), a la naturaleza (Pachamama) y solidaridad (mingas)^[21].

Las construcciones de baños públicos con los correspondientes sistemas de canalización, así como el eficaz sistema de regulación de costos de vida y programas de ocupación para las personas de la tercera edad, dándoles la importancia y respeto que se merecían, también son muestra de esa cosmovisión.

Asimismo, el apoyo a los discapacitados; el diseño de cada una de las ciudades, orientadas con respecto al universo. Se organizaban días festivos, que a la vez eran terapéuticos, caracterizados por danzas, música y cantos, como formas de expresión del cuerpo colectivo que habla a la naturaleza, a lo sagrado y ejerce su poder danzando su derecho a la exteriorización plena, reivindicando sus codificaciones del cuerpo, sus propios modos de sentir y pensar. También organizaron ayunos colectivos, baños y rituales periódicos, además de combatir el alcoholismo y la drogadicción. En esta época el cuidado de su salud fue principalmente preventivo^[22] (Figuras 8 y 9).

Se tenía alimentos para que nadie tuviera hambre, muy diversos, entre ellos frutas, como chirimoya, pepino, guaba, aguaymanto, capulí, pitajaya, entre otras; tubérculos como maca, papa, sacha papa, olluco, mashua, racasha, achira, entre otros; cereales y legumbres entre ellos maíz, tarwi, quinua, kiwicha, cañihua; carnes nativas como la del cuy, llama, alpaca, huanaco; aves como pavo, pato, y pescado, entre otros^[23].



Figura 8. Ejercicios en posiciones especiales **Figura 9.** Ejercicios en posiciones especiales

Por otro lado, articulaban los ejercicios y algunos se asemejan a los de la cultura india, denominados asanas del yoga^[24]. También la práctica permanente, reiterativa, siguiendo los ritmos estacionales del “Sasi” con el ayuno colectivo, dietas, retiros, descansos, depuración y purgas^[21].

Mirada desde la Medicina

Este sistema médico constituye junto con las medicinas tradicionales asiática (china), ayurveda (hindú), unani (árabe) y la naturopatía (europea), uno de los cinco sistemas médicos que

evolucionaron independientemente durante milenios y fueron parte de sistemas de salud muy avanzados para su época ^[9].

La salud en el incanato se basó en la cosmovisión andina, utilizó el examen del paciente (observación, interrogatorio, pulso) como muestran los huacos retratos (Figura 10).



Figura 10. Examinando al paciente

Entre los medios diagnósticos utilizaron vegetales como la coca, maíz, tabaco; animales como el cuy, rana, y también estados alternos de consciencia logrados con el uso de plantas maestras tales como: *Erythroxylum coca* (Coca), *Echinopsis pachanoi* (San Pedro) y el *Banisteriopsis caapi* (Ayahuasca), que apoyaron al médico para conocer la enfermedad y encontrar su tratamiento ^[25].

Los tratamientos fueron individuales y colectivos; los individuales como purgas, rituales y pagos, se podían combinar con los colectivos como: mesadas, ceremonias donde intervenían familiares y amigos. El cuidado de la salud era integral.

Las plantas medicinales fueron importantes en el tratamiento, pero el criterio de uso fue fundamentalmente energético, clasificándolas como frías, calientes o templadas; dentro de las más conocidas están: *Cinchona officinalis* (quina), *Schinus molle* (molle), *Chenopodium Ambrosioides* (paico), y *Sambucus peruvianum* (sauco), entre otras. El uso de animales, como su grasa o la cutícula de sus cascos, e incluso hilos para suturar a partir de los arácnidos ^[25,26].

Las fuentes termales, el uso de minerales, arcillas medicinales, sonidos de huacos o de palos de lluvia útiles para conseguir relajación y estados alternos de consciencia, además de diversos masajes, ventosas y psicoterapia; se usaban las confesiones públicas, como catarsis y para aplacar la ira de los dioses ^[26].

Dentro de los especialistas de la medicina inca están los hampicamayoc (“hombre de las medicinas”) los que podrían ser equivalentes al médico actual, atendían al inca y su corte real o los que dominaban fuerzas naturales como los altomisayoc. La profesión solía ser hereditaria y se iniciaba en la juventud, con una serie de pruebas, penitencias y asesoramiento de un maestro ^[22,26]. Los ccamascas, curanderos prácticos, los sirkak eran equivalentes a los cirujanos (trepanaciones, fracturas y curación de heridas y sangrías). Hubo diversos tipos de curanderos como Inchuris o confesores de pecados y los hacaricuc, que usaban el cuy para curar. Además, existieron los kallawayas especializados en hierbas y que viajaban durante años en su búsqueda, eran grandes herbolarios y transmitían su conocimiento por tradición a sus hijos ^[25,27].

Este sistema tradicional de salud tiene el máximo respeto por los recursos naturales, sólo toma lo que necesita y pide siempre permiso a la madre naturaleza para hacer uso de ellos.

Etapa Colonial

La medicina española que llegó a Perú era un oficio muy poco organizado, una mezcla de teología mística y de botica rudimentaria. Es difícil comparar ambos sistemas, sin embargo, estudios de paleo-patología dan a entender que las poblaciones americanas eran en general más saludables que las europeas durante el siglo XV ^[28].

Los americanos tuvieron sífilis, algunas enfermedades diarreicas, mientras que los españoles llegaron con la viruela, el sarampión, la tos ferina, la varicela, la peste bubónica, el tifus, gonorrea, la lepra, la difteria, entre otras. El mal estado de salud indígena en el Perú del siglo XVI fue una consecuencia del colonialismo y no de la medicina autóctona ^[29].

En 1631, según algunas versiones, la condesa de Chinchón sufría de malaria, que es curada por un sacerdote jesuita con la cascarilla de la quina, conocimiento recogido a partir de un indio herbolario. También por esa época, el rey Carlos V reconoció que los médicos herbolarios del antiguo Perú tenían mucho que enseñar a los médicos españoles ^[25].

Se creó en Lima el Protomedicato General, institución que duró 278 años en el Perú, y fue la que reguló el ejercicio de la medicina en el país ^[30]. Los que no tenían certificado de “pureza de sangre” (mulatos, zambos, indios) no podían ingresar a la universidad, y menos ejercer la medicina, es por ello que la medicina tradicional tuvo que vivir sumergida, se quedó en la clandestinidad, disfrazada en un sincretismo que hasta el día de hoy se observa ^[28].

En el año 1787, el rey Carlos III ordenó expediciones botánicas como la de los botánicos Hipólito Ruiz y José Pavón; se obtuvo 3.000 vegetales desecados y cerca de 2.500 dibujos botánicos a tamaño natural, depositados en el Jardín Botánico y en el Gabinete de Historia Natural de Madrid, significaron 141 géneros nuevos y más de 500 especies desconocidas ^[31].

Etapa de la República

Con la República se acentuó la indiferencia hacia la práctica médica tradicional andina, hay pocas referencias al respecto hasta el siglo XIX. Es con la obra de Antonio Raimondi que se revaloran las prácticas de la medicina tradicional desde un valor científico moderno, ya que hallándose en Tingo María en 1857 “sana de un reumatismo a la rodilla con el uso de una hierba”, lo que origina su interés por las plantas medicinales basadas en el conocimiento ancestral de los peruanos. Luego, Hermilio Valdizán junto con Ángel Maldonado publican en 1922 la obra de tres tomos “*La medicina popular peruana*”, considerada como la principal sobre este tema [32].

En 1978, en la Conferencia Internacional de Alma Ata, la OMS marca un hito al considerar a la medicina tradicional como una aliada, especialmente en los países en desarrollo [33].

En 1990, el Decreto Legislativo N° 584 aprobaba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, en cuyo artículo 31 se crea el Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA), encargado de normar la medicina tradicional. En el 2003, con el Decreto Supremo N° 001-2003-SA, se modifica su denominación a Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI), bajándolo de categoría y convirtiéndolo en una dependencia del Instituto Nacional de Salud (INS), con dos direcciones: Dirección Ejecutiva de Medicina Alternativa y Complementaria y la Dirección Ejecutiva de Medicina Tradicional [34].

Paralelamente, mediante la Resolución de la Presidencia Ejecutiva N° 097-IPSS-92, el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), hoy Seguro Social de Salud, se creó en la ciudad de Iquitos el Instituto de Medicina Tradicional (IMET), cuyo objetivo es investigar las plantas medicinales del Perú.

En 1994, la Dirección de Salud Callao (DISA-I) creó el servicio de medicina alternativa como un programa piloto en el Hospital San José del Callao.

En 1998, el Seguro Social de Salud crea el Programa Nacional de Medicina Complementaria mediante la Resolución N°478-GG-1998, con el propósito de implementar la medicina complementaria en los servicios de salud [34].

En la actualidad

La Ley General de Salud N°26842, menciona en el Título XVII que la promoción de la medicina tradicional (MT) es de interés y atención preferente del Estado, posteriormente, se emitieron varias leyes y normas sobre MT (Anexo 1).

Tanto el Ministerio de Salud, el Seguro Social de Salud- EsSalud y la práctica privada cuentan con centros, unidades o servicios de medicina alternativa y/o complementaria. Su desarrollo

ha sido diverso, pero la demanda fue en incremento. Se normó el parto vertical y se instituyó en Huancavelica un centro de cuidado integral articulando la medicina tradicional con la convencional en la provincia de Churcampa [35,36].

EsSalud, en el 2000, después de dos años de implementar los pilotos en Lima, Arequipa y La Libertad, realiza junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el “Estudio de costo/efectividad de la Medicina Complementaria vs. La Medicina Convencional”, en nueve patologías crónicas y demuestra que el costo efectividad de la medicina complementaria es mejor entre un 50 a 60 % [37]. Esto conduce a transformar el Programa Nacional en una Dirección y a extender la oferta de tales servicios a 85 centros y unidades de atención de medicina complementaria a nivel nacional [38].

En el 2003 se crea en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el Programa de Alta Especialización de Terapias Alternativas, el que se transformó en 2005, en la Diplomatura de Terapias Alternativas, que en la actualidad tiene 15 promociones, con más de 600 profesionales formados.

En general, se implementaron servicios de Medicina Alternativa y/o Complementaria en diversas instituciones, que se describen en el Anexo 2.

EsSalud es la institución con mayores avances en la articulación de los servicios de medicina complementaria, logrando atender a más de un millón de pacientes, con una satisfacción del usuario por encima del 90 % [34]. Construyó una red de soporte al cambio con pacientes capacitados, formando promotores de vida sana, hoy existen más de 1 500 encargados de difundir la MTC, sus resultados y los estilos de vida saludables. Así como, creó las farmacias naturales, donde se dispensan plantas medicinales en su forma natural, o en diversos preparados (tinturas, cremas, ungüentos y jarabes), con su respectivo control de calidad, esta práctica llegó a reducir el consumo de medicamentos en un 60 % [34].

En el 2014 se creó la Gerencia de Medicina Complementaria como órgano de línea de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, y en 2016, el Centro de Investigación Clínica especializado en Medicina Complementaria (CICMEC) para realizar investigaciones clínicas, así mismo la Revista Peruana de Medicina Integrativa, actualmente indizada a la base de datos Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) [39].

En 2018 la OMS otorgó a la Gerencia de Medicina Complementaria del Seguro Social de Salud, el certificado de Centro Colaborador de la OMS para Medicina Tradicional y Complementaria de la Región de las Américas, un logro importante para la región, el país y EsSalud, constituyéndose en el Primer Centro Colaborador de América Latina [40].

Conclusiones

La medicina tradicional es un sistema de salud que sigue vigente en el Perú, se basa en la medicina ancestral y logró su supervivencia gracias al sincretismo, sin embargo, para fortalecerla y comprenderla es necesario valorarla, investigarla y regularla.

La composición social, étnica y geográfica de la sociedad peruana está fuertemente influenciada por los constructos y procesos históricos del antiguo Perú; contando con un pensamiento filosófico profundo y razonablemente sustentado, que puede ser un instrumento importante para la formación de una identidad peruana desde la medicina ancestral.

La inclusión de la enseñanza y la práctica reconocida y sustentada de la medicina tradicional se constituiría en un buen inicio para construir la mejora del sistema de salud peruano, con identidad, con realidad y con efectividad.

ORCID

Martha Villar López, <https://orcid.org/0000-0002-3638-8364>

Hugo Rengifo Cuellar, <https://orcid.org/0000-0001-5951-7846>

Referencias Bibliográficas

1. Politis G, Prates L, Pérez I. El poblamiento de América. Arqueología y bio-antropología de los primeros americanos. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires; 2009. p. 9-25.
2. Perez I. Poblamiento humano, diferenciación ecológica y diversificación fenotípica en América. Runa. 2011; 32(1): 83-104.
3. Baudin L. El Imperio Socialista de los Incas. 8va ed. España: Editorial Zig-Zag; 1978. p. 89-107.
4. Burneo S. Áreas protegidas y conservación en los países andinos: modelos, estrategias y participación Segunda parte. Letras Verdes. 2009; (3): 6-8.
5. Shady R. Caral-Supe, la civilización más antigua de América. 1ra ed. Lima: Proyecto Especial Arqueológico Caral-Supe / Instituto Nacional de Cultura; 2006. p. 4-7.
6. Quispe M. Ensayo Sechín, Paracas y Mochica: Aportes al Desarrollo de la Medicina y la Salud en el país y el Mundo. Voces en Salud Pública. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Consultado: 20 mar 2021]. Disponible en: <https://vocesensaludpublica.blog/cursos/historia-de-la-salud/>
7. Varese S. Los fundamentos éticos de las cosmologías indígenas, Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM. 2018; (36). [Consultado: 5 mar 2021]. Disponible en: <http://journals.openedition.org/alhim/6899>. doi: <https://doi.org/10.4000/alhim.68998>. Cruz M. Cosmovisión Andina e Interculturalidad: Una mirada al Desarrollo Sostenible des el Sumak Kawsay. Chakiñan. 2018; (5): 19-132. [Consultado: 4 mar 2021]. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2550-67222018000100119
8. Organismo Mundial de la Salud- OMS (2002) Estrategia de la OMS para Medicina Tradicional para el 2002-2005. [Consultado: 27 mar 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf;jsessionid=446BFB22264FDF34AA6E430867E6B32F?sequence=1
9. Estermann, J. Ecosofía andina: Un paradigma alternativo de convivencia cósmica y de Vivir Bien. FAIA. 2013; 2(9-10). [Consultado: 3 may 2021]. Disponible en: <file:///D:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-EcosofiaAndina-4714294.pdf>
10. Sobrevilla D. La filosofía andina del P. Josef Estermann Quito: Abya-Yala, Solar. 2008; 4(4): 231-247. [Consultado: 22 mar 2021]. Disponible en: <http://revistasolar.org/wp-content/uploads/2020/06/SOLAR-4-206-222.pdf>
11. Campohermoso O, Soliz R, Campohermoso F. Lógica Aimara Trivalente y Cosmovisión Andina. Cuadernos. 2015; 56(2): 89-97. [Consultado: 20 ene 2021], Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762015000200019
12. Palacios L. Una Investigación acerca de Historia de la Filosofía en la Civilización Andina Prehispánica. Perseitas. 2019; 7(2): 274-98 [Consultado: 4 de may 2021]. Disponible en: <file:///C:/Users/Amelia%20villar/Downloads/3291-13011-2-PB.pdf>
13. Estermann J. Interculturalidad y conocimiento andino: reflexiones acerca de la monocultura Epistemológica. Revista Kawsaypacha: Sociedad y Medio Ambiente. 2018 (2): 11-32. doi: <https://doi.org/10.18800/kawsaypacha.201801.001>
14. Moscol JM. El conocimiento anatómico en el Perú Preincaico. Revista de la Asociación Médico Argentina. 2018; 131(4):4-11.
15. Comunidad Andina de Naciones (CAN): Los Pueblos Indígenas y la Integración Andina. Primer Foro de Intelectuales e Investigadores Indígenas Lima 4, 5 y 6 de Julio de 2007.
16. Galán-Rodas E, Laberiano F, Maguiña C. Historia del Tumi: Símbolo de la Medicina Peruana y del Colegio Médico del Perú, Acta Med Per. 2012; 29(1): 56-58.
17. Alvarado R. Trepanaciones pre colombinas. Rev Boliviana del Dolor. 2015; 8(5): 11-3.
18. Larco Hoyle R. Los Mochicas. (Pre- Chimu de Uhle y Early Chimu, de Kroeber). Lima: Museo Rafael Larco Herrera; 1945. p. 24-36. [Consultado: 25 sep 2020]. Disponible en: <https://www.museolarco.org/wp-content/uploads/2017/04/Los-Mochicas-1945.pdf>
19. Paico Vilchez E, Paico Zumaeta E. Prótesis del miembro inferior de los Mochicas. Acta Herediana. 2020; 63(1): 23-9. [Consultado: 25 sep 2020]. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/AH/article/download/3699/4099>
20. Alvarado D. Una comprensión andina del cuerpo. Lima: Ediciones Multigrafik. 2019. p. 31-49.
21. Pribyl R. Evidencias médico antropológicas sobre el origen del pishtaco. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2010; 27(1): 123-37. [Consultado: 22 mar 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n1/a17v27n1.pdf>
22. Cabieses F. Cien siglos de Pan, 10,000 años de alimentación en el Perú. 4ta ed. Lima: Editorial Asociación Peruana Fernando Cabieses; 2015. p. 75-155.
23. Milla C. Ayni. Sta ed. Lima: Ediciones Amaru Wayra; 2007. p. 47-9.
24. Cabieses F. Apuntes de Medicina Tradicional, la racionalización de lo irracional. Lima: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología-CONCYTEC; 1993. p. 167.
25. Chirinos J. Medicina y Religión en el Incanato. Anales de la Academia Nacional de Medicina. 2015. Disponible en: <https://anmperu.org.pe/sites/default/files/Medicina%20y%20Religi%C3%B3n%20en%20el%20Incanato.pdf>
26. Elferink J. The Inca healer: empirical medical knowledge and magic in pre-Columbian Peru. Revista de Indias. 2015; 75(264): 323—350. doi:10.3989/revindias.2015.011.
27. Zavala A. El Protomedicato en el Perú. Acta med peruana. 2010; 27(2): 151-7.
28. Alcántara D, Mazzei M. Bioética y justicia ambiental en la salud de los pobladores andinos de Perú. Rev Latinoam Bioet. 2018; 18(34-1): 36-50. doi:10.18359/rbi.3106.
29. Garmendia F. Contribución al conocimiento de la historia de la violencia en el Perú. An Fac med. 2016;77(1):45-50. doi: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v77i1.11552>
30. Ruiz H, Pavón J. La Expedición Botánica de Ruiz y Pavón al Virreinato del Perú, 1777-1788. [Consultado: 22 mar 2021]. Disponible en: <http://bdh-rd.bne.es/viewer.vm?id=0000113523&page=1>
31. Devoto E. Apuntes para la elaboración de una historia de la medicina tradicional andina. RIRA. 2016;1(2):79-116. doi: <https://doi.org/10.18800/revistaira.201602.003>
32. Organismo Mundial de la Salud (OMS). Estrategia de la OMS para Medicina Tradicional para el 2014 al 2023. 2014 [Consultado: 27 nov 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf;sequence=1
33. Carvalho Sousa I, Guimarães M, Gallego-Pérez D. Experiencias y reflexiones sobre medicinas tradicionales, complementarias e integradoras en los sistemas de salud de las Américas. Río de Janeiro: Fundación Oswaldo Cruz & Instituto Aggeu Magalhães – Fiocruz – PE; 2021. p. 26-42. [Consultado: 29 abr 2021]. Disponible en: <http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/03/MTCI-America-ObservaPICS-Rede-MTCL.pdf>
34. Mejía Gálvez J, Carrasco E, Miguel JL, Flores SA. Conocimiento, aceptación y uso de medicina tradicional peruana y de medicina alternativa/ complementaria en usuarios de consulta externa en Lima Metropolitana. Rev Peru Med Integrativa. 2017; 2(1):47-57.
35. Organismo Regional de Salud-ORAS: Aún nos cuidamos con nuestra medicina. 2010. [Consultado: 27 nov 2020]. Disponible en: <http://www.orasconhu.org/documentos/SI%20Aun%20nos%20cuidamos%20con%20nuestra%20medicina%20ORAS%20Oscar%20Velasco.pdf>
36. Convenio Seguro Social de Salud y Organización Panamericana de la Salud: Estudio de Costo Efectividad del Programa Nacional de Medicina Complementaria. Seguro Social de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Lima; 2000. p. 82.
37. Seguro Social de Salud (EsSalud). Encuesta Nacional Socio Económica de Acceso de Salud del Seguro Social de Salud. 2015. [Consultado:3 may 2021]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/downloads/encuesta_nacional_socioeconomica/
38. Villar-López M. La Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria: Un Enfoque Intercultural y de Inclusión Social. Rev Peru Med Integrativa. 2020; 5(1):3-4. [Consultado: 20 mar 2021]. doi: <http://dx.doi.org/10.26722/rpmi.2020.51.164>
39. Vallejos-Gamboa J, Huaccho-Rojas J, Villar-López M. EsSalud, WHO Collaborating Center for Traditional and Complementary Medicine in Peru. Complement Med Res. 2020; 27:284-285. doi: <https://doi.org/10.1159/000505901>

Anexo 1: Normatividad de Medicina Tradicional en el Perú

Ley/norma	Fecha	Nombre de la ley/ norma	Objetivo
Ley N° 26842	9 jul 1997	Ley General de Salud,	Título XVII: Promoción de la medicina tradicional es de interés y atención preferente del Estado
Ley N° 27300	7 jul 2000	Ley de aprovechamiento de plantas medicinales	Regular y promover el aprovechamiento sostenible de las plantas medicinales, en armonía con el interés ambiental, social, sanitario y económico de la Nación
Ley N° 29459	26 nov 2009	Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios	Establece los principios, normas, criterios y exigencias básicas sobre los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios de uso en seres humanos, reconociendo a los productos herbarios, como productos farmacéuticos.
Decreto Supremo N° 013-2006-MINSA	25 jun 2006	Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo	Establece los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, entre ellos los Centros de Medicina Alternativa
Decreto Supremo N° 001-2012-MINSA	20 ene 2012	Modificatoria del Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios del 22/01/2012	Primera Disposición Complementaria Transitoria. Aplíquese el Decreto Supremo 010-97-SA a plantas medicinales de uso tradicional, así como a los productos homeopáticos.
Decreto Supremo N° 016-2016-MINSA	2 abr 2016	Política Sectorial de Salud Intercultural	Normar las acciones de salud intercultural en el ámbito nacional, a fin de lograr una atención de salud como un derecho humano, que favorezca la inclusión, equidad e igualdad de oportunidades para los(as) ciudadanos(as) del país. Tiene 4 ejes.
Resolución Ministerial N° 611-2014-MINSA	12 ago 2014	Diálogo Intercultural en Salud	Uso de la metodología del Diálogo Intercultural en Salud útil para los servicios de salud.
Resolución Ministerial N° 518-2016	21 jul 2016	Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural	Establecer los criterios técnicos para el manejo estandarizado y de calidad en la atención integral de parto vertical en el marco de los derechos humanos, basado en las evidencias científicas y el enfoque de pertinencia intercultural

Ley/norma	Fecha	Nombre de la ley/ norma	Objetivo
Resolución Ministerial N° 902-2017/MINSA	11 Oct 2017	Manuales HIS N°05 de Registro y Codificación	Registro y Codificación de Actividades en la Atención de Medicina Alternativa y Complementaria.
Resolución Ministerial N° 228-2019-SA	7 mar 2019	Directiva N° 261-MINSA/2019/DGIESP, Administrativa para la adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención	Establecer los criterios y procedimientos para que los Establecimientos de salud del primer nivel de atención logren la adecuación de sus servicios con pertinencia intercultural

Fuente: Autores del artículo.

Cuadro 2: Oferta de servicios en Medicina Alternativa y/o Complementaria

Servicios de medicina alternativa y/o complementaria	Instituciones	Número	Descripción
Servicios adjuntos a los Hospitales	Ministerio de Salud	Lima: Hospital María Auxiliadora, Hospital San José del Callao y Hospital San Juan de Lurigancho, C.S. sesquicentenario del Callao. Departamentos: Arequipa	Servicios con profesionales expertos en MEC
Centros de Atención de Medicina Complementaria-CAMEC	Seguro Social de Salud	29 CAMECs, a nivel nacional, 1 en cada Red Asistencial, II Nivel de Atención	Equipo de profesionales de la salud expertos en MEC
Unidades de Atención de Medicina Complementaria-UMEC	Seguro Social de Salud	55 UMECs, ubicados en el I Nivel de Atención	Médico y enfermera expertos en MEC Red de Promotores de Vida Sana
Unidades de Cuidados Paliativos con Medicina Complementaria	Seguro Social de Salud	01 UCPMEC, ubicado en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins	Equipo de profesionales de la salud expertos en MEC Cuidados de MEC

Fuente: Autores del artículo.



**Generalísimo José de San Martín (n.1778-m.1850).
Oleo de Daniel Hernández Morillo, 1919.**

The Enlightenment and Abascal at the dawn of the independence of Peru

La Ilustración y Abascal en los albores de la independencia del Perú

Oscar G. Pamo Reyna^{1,2,a}

oscar.pamo@upch.pe

- ¹ Profesor de clínica médica e historia de la medicina, Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia
- ² Ex presidente de la Asociación de Historia de la Medicina Peruana
- ^a Doctor en medicina, especialista en Medicina Interna.

Contribuciones de autoría:

El autor ha desarrollado todas las etapas de la investigación.

Fuentes de financiamiento:

El autor ha financiado íntegramente todas las etapas de esta investigación.

Declaración de conflictos de interés:

El autor declara no tener cualquier relación, condición o circunstancia que pueda reducir la objetividad en la interpretación del artículo; la cual puede ser económica o institucional (consultorías, becas, pagos por viajes, viáticos, etc.).

Autor corresponsal:

Oscar Pamo Reyna
Dirección: Av. José Pardo N° 138,
 Oficina 401. Miraflores, Lima
Teléfono Celular: 999 - 905866

Resumen

José Fernando de Abascal y Sousa, trigésimo octavo virrey del Perú, se constituyó como un verdadero ejecutor de la Ilustración borbónica en el virreinato del Perú; así, favoreció la aplicación de la vacuna antivariólica, mejoras en la salubridad de Lima, como la construcción del Cementerio General, y la enseñanza médica, con la creación de una nueva escuela médica, el Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando y el Jardín Botánico. Pero, leal a la monarquía, restringió la libertad de imprenta en el breve período liberal, 1810-1814, que tuvo la prensa escrita que las Cortes de Cádiz habían decretado.

Palabras claves: Abascal, virreinato del Perú, cementerio, medicina, salud pública, jardín botánico, periodismo.

Abstract

José Fernando de Abascal y Sousa, thirty-eighth viceroy of Peru, became a true executor of the Bourbon Enlightenment in the viceroyalty of Peru; thus, he favored the application of the smallpox vaccine, improvements in the health of Lima, such as the construction of the General Cemetery, and medical education, with the creation of a new medical school, the Real College of Medicine and Surgery of San Fernando and the Botanical Garden. But, loyal to the monarchy, he restricted the freedom of printing in the brief liberal period, 1810-1814, which had the written press that the Cortes of Cádiz had decreed.

Keywords: *Abascal, viceroyalty of Peru, cemetery, medicine, public health, botanical garden, journalism.*

Introducción

La figura del virrey Fernando de Abascal (n.1743-m.1821) (Figura 1), se encuentra muy relacionada con la Ilustración borbónica en el Perú, y por su interés en mejorar la salubridad de Lima y la enseñanza de la medicina. Su gestión, entre 1806 y 1816, coincide con un período muy álgido para la Corona Española, pues esta se vio invadida por las huestes napoleónicas, de 1808 hasta 1814; por otro lado, tuvo que desarrollar una intensa actividad contrarrevolucionaria y tratar de mantener a raya a las ideas insurgentes, que desembocarían en la independencia del Perú.



Figura 1. Virrey José Fernando de Abascal y Sousa (n.1743-m.1821).

La Ilustración borbónica

La Ilustración, aquel movimiento racionalista del siglo XVIII que había trastocado la forma de pensar y actuar de los franceses, llegó a España con ciertas limitaciones. España se vio obligada a modernizarse, a mejorar su agricultura, enseñanza, medicina, armamentos, navegación, etc., y eso fue lo que trataron de hacer los borbones, especialmente Carlos III, Carlos IV y Fernando VII, durante el siglo XVIII y las primeras décadas del XIX. La dinastía borbónica tuvo que lidiar con los derechos adquiridos de la nobleza y el dogmatismo del clero y, en todo caso, fue elitista.

La Ilustración implicaba propiciar la actividad científica, formar a los técnicos que deberían tomar el control de las rutas oceánicas, fortificar las colonias o revitalizar la industria minera. Así, se fundaron las academias militares de guardiamarinas en Cádiz, de ingenieros en Barcelona y de artillería en Madrid. Estas instituciones van a tener un importante papel en la modernización tecnológica de España y en auspiciar las nuevas expediciones llamadas científicas al continente americano.

Con Carlos III se iniciaron las expediciones ilustradas con objetivos muy diversos (botánicas, mineralógicas, geodésicas, sanitarias, astronómicas, etc.) pero con un denominador común: todas eran financiadas por el Estado, incluso las privadas, y siempre con previa autorización de la Corona. Todas las expediciones buscaron la apertura de España al exterior y la conexión con el resto de la comunidad científica europea ^[1].

La Ilustración, que fue un fenómeno europeo, llegó hasta las Américas, inicialmente con las expediciones científicas. Así, podemos citar algunos ejemplos en esta parte del continente:

- La expedición geodésica franco-española al virreinato del Perú (1735-1744), para medir un grado del meridiano en la línea ecuatorial de América del Sur, que se hizo en las cercanías de la ciudad de Quito. Participaron el geógrafo Charles Marie de La Condamine, el astrónomo Louis Godin y el matemático Jussieu, dirigidos por Pierre Bouguer; y los españoles Jorge Juan y Antonio de Ulloa.
- La expedición botánica del Perú (1777-1815), una empresa franco-española que duró treinta y ocho años, para investigar la flora de Chile, Perú y Ecuador, y que estuvo a cargo de los botánicos españoles Hipólito Ruiz (n.1754-m.1816) y José Pavón (n.1754-m.1840), ambos con conocimientos en farmacia, y de dos pintores que tenían como misión reproducir la flora.
- La expedición mineralógica del barón Thaddeus von Nordenflicht (1788-1798), metalurgista e ingeniero de minas sueco, con el objetivo de aplicar las técnicas alemanas avanzadas de extracción de las minas de plata y minerales en el Perú.
- La reforma de la enseñanza en el Real Convictorio de San Carlos, en 1771, y que fue atenuada por las autoridades eclesiásticas. En 1787, el rector Toribio Rodríguez de Mendoza reformuló

el plan de estudios, siguiendo lo que se recomendaba en España, renovando los textos y sus contenidos, no obstante ser sacerdote, aunque encontrando gran resistencia entre los profesores. En la Real Universidad de San Marcos, en 1783, José Baquijano y Carrillo trató de reformular infructuosamente los estudios, especialmente reemplazando la escolástica por las nuevas filosofías ^[2].

- La gran expedición científica del italiano Alessandro Malaspina (1789-1794) que también estuvo en la costa peruana durante su viaje de ida a México, Filipinas y Australia, y de retorno a España.
- La expedición de Alexander Humboldt, el naturalista germano que hizo sus observaciones en América entre 1799 y 1804; estuvo en el Perú en 1802, con el botánico francés Aimé Bonpland.

El virrey Abascal

José Fernando de Abascal y Sousa llegó al Perú en 1806 como el trigésimo octavo virrey del Perú, reemplazando a Gabriel de Avilés y del Fierro, quien gobernó entre el 6 de noviembre de 1801 y el 26 de julio de 1806.

Nacido el 30 de mayo de 1743 en Oviedo, Asturias, España. De noble familia, siguió la carrera militar, que empezó como cadete en 1762, en el regimiento de Mallorca, ciudad donde además estudió matemáticas. Luego de servir en la guarnición de Toledo durante cuatro años, como subteniente, se embarcó con destino a la guarnición de Puerto Rico, en 1767, ante la invasión inglesa. Regresó a España y participó en la campaña de Argel, como teniente, en 1775.

Volvió a América en 1776 y participó en el sitio y rendición de las plazas de Isla Santa Catarina, en el sudeste de Brasil, y la Colonia del Sacramento, en la entrada del río de la Plata, para dirimir la frontera con los portugueses.

Declarada la guerra contra los ingleses, participó en el infructuoso intento de arrebatarles Jamaica y tomó parte en la reconquista de Florida de las manos británicas. En Santiago, Cuba, combatió el contrabando. En 1794, en España, peleó contra las tropas francesas revolucionarias de La Convención.

En 1796, retornó a La Habana, Cuba, como teniente del rey; y, en 1799, como brigadier, fue destacado a Nueva Galicia, México, como comandante general, intendente y presidente de la Real Audiencia de Guadalajara. Aquí sofocó la revuelta indígena conocida como la “conspiración de los machetes”. Por otro lado, llevó a cabo numerosas obras para mejorar la salubridad (baños públicos) y la urbanística (una plaza para el comercio, un paseo, etc.), además de escuelas en la ciudad y provincia de Guadalajara. Se casó con la dama noble doña Mercedes Asensio O’Rían, en 1800, quien murió a consecuencias del parto, dejando una hija.

Abascal fue promovido a mariscal de campo y luego ocupó los cargos de virrey, gobernador y capitán general de las provincias del Río de la Plata, así como presidente de la Real Audiencia de Buenos Aires, el 24 de abril de 1804.

En 1804, cuando salió de Cuba hacia Montevideo, se encaminaba a España para desde allí dirigirse a Buenos Aires, fue hecho prisionero por una fragata inglesa y conducido a Lisboa, ya que Portugal era aliada de Inglaterra en ese entonces. Allí se enteró que la Corona Española había dispuesto cambiar su designación por la de virrey del Perú, por la Real Cédula del 10 de noviembre de 1804.

España tuvo que negociar con Portugal para que condujera a Abascal hasta América del Sur a cambio de permitir el comercio con el Callao, así se le trasladó hasta Río de Janeiro y luego a Buenos Aires. Debido a las malas condiciones de la armada española, Abascal decidió hacer el viaje de Buenos Aires a Lima por tierra, más de 3 500 kilómetros. El largo viaje terrestre que hizo Abascal con su comitiva le sirvió para darse cuenta de las malas condiciones de salubridad, de asistencia médica y, en general, de desarrollo urbanístico en que se encontraban los territorios del rey. Hizo su entrada pública en Lima el 20 de agosto de 1806.

Durante la permanencia de Abascal en el Perú se distinguen tres momentos:

1. 1806-1808, donde desarrolló una fructífera labor para mejorar la salubridad pública y la cultura.
2. 1808-1810, un período de crisis política que Abascal tiene que manejar al ocurrir la invasión napoleónica de España y la abdicación del rey Fernando VII.
3. 1810-1816, donde tuvo que actuar como legítimo representante de la Corona Española en un medio hostil y para lo cual recurrió a todos los medios a su disposición, sean estos de carácter político, judicial, económico, ideológico, militar o religioso ^[3].

Al ingresar en Lima, se encontró con la llegada de la Expedición Filantrópica de la Vacuna venida de la metrópoli y llevada a cabo, en esta parte del continente, por el cirujano del Real Sitio de Aranjuez Josep Salvany Lleopart. Salvany, que había seguido la ruta Quito, Cuenca, Loja, Piura, Trujillo hasta Lima, donde llegó a finales de mayo de 1806 y encontró resistencia de los locales debido a que la vacuna había llegado antes desde Buenos Aires, en placas de vidrio y se estaban comercializando. Por otro lado, no se recibió facilidades del virrey Avilés para establecerse a pesar de la ordenanza real.

En cambio, Abascal favoreció activamente la labor de Salvany para que continuara con la vacunación contra la viruela en Lima. El nuevo virrey formó, el 15 de octubre de 1806, una Junta Central conservadora y propagadora del fluido vacuno, la cual él mismo presidió. Después ayudó a Salvany para que continuara su obra vacunadora y viajara hacia Buenos Aires, así, siguió por Ica,

Arequipa y Puno hasta llegar a La Paz y Cochabamba, que entonces pertenecían al virreinato del Río de la Plata, donde encontraría la muerte. Antes de salir de Lima, Salvany había encomendado a Manuel Julián Grajales y Basilio Bolaños, quienes habían llegado a Lima en noviembre de 1806, que encabezaran dos expediciones regionales, una hacia el Cusco y la otra a la Capitanía General de Chile ^[4,5].

Un hecho soslayado históricamente fue el *incidente Belomo*, por llamarlo de alguna manera, cuando el virrey Abascal, reconociendo los méritos del cirujano Pedro Belomo lo recomendó ante las autoridades de la universidad sanmarquina para que se le confiera el grado de doctor en mérito a su destacada labor en el proceso de la vacunación y de la instalación de la Junta Central de Vacuna para la preservación y distribución del fluido. El entonces rector, Francisco Oyague, respondió que había que ceñirse estrictamente al reglamento y que Belomo no era graduado de la universidad, pero que se ejecutaría su voluntad. Esta ambigua respuesta fue considerada como un desaire al virrey, inédito por cierto, ya que antaño una orden de aquel alto funcionario era cumplida sin observaciones. Este hecho llevó a que se investigara la situación de la enseñanza de la medicina, lo que demostró que no era buena por lo que habría que reformarla, lo que daría lugar a una nueva escuela médica ^[6].

Por la costumbre de enterrar a los muertos en los camposantos aledaños a las iglesias, las cuales eran numerosas en la ciudad de Lima, el olor pestilente que los entierros emanaban se esparcía por buena parte de la urbe. Por aquel entonces, se consideraba a los efluvios pestilentes, miasmas, como causantes de males y enfermedades. Fue entonces que Abascal decidió hacer realidad un proyecto que existía desde dos décadas atrás: la construcción de un panteón general. Así:

“Hallábase, á mi ingreso, toda cubierta de inundaciones, pantanos y estercoleros, y sus iglesias respirando un hedor intolerable: todo lo qual formaba un manantial pestilente, que la hacía muy enfermiza, principalmente en el otoño... Para remediar un tan grande mal, se han puesto en aseo las calles de Lima, se ha dado curso libre y expedito a sus aguas, y se está concluyendo á extramuros de ella un suntuoso y bien arreglado cementerio, á donde conduzcan los cadáveres, y quede libre de las exhalaciones podridas que hacían tan grave daños á sus vivientes.” (sic) ^[7].

Para esto se tenía que conseguir los fondos necesarios, así, la idea de construir un nuevo panteón se concretó luego de varios intentos y después de realizar varias actividades públicas y administrativas, a saber: cuatro corridas de toros en la plaza mayor, donativos de los gobernadores regionales, venta de nichos, creación de impuestos, solicitud de donaciones pecuniarias y una hipoteca sobre el terreno elegido ^[8].

El arquitecto encargado fue el presbítero vasco Matías Maestro Alegría, quien terminó de elaborar los planos con un diseño de estilo neoclásico en 1807. El Panteón General, llamado después Cementerio General, fue construido en los extramuros de la ciudad, al noreste de Lima, en una parte elevada con vientos ligeros de este a oeste.

Para llegar al cementerio se tomaba la ruta a Huarochirí, por la Portada de Maravillas, llamada así por la parroquia cercana del mismo nombre, una de las más hermosas de la ciudad, así se daría una salida decorosa al cortejo fúnebre hacia el cementerio, medio kilómetro distante, que era simple y los cuarteles solo alcanzaban una altura de tres niveles.

El Cementerio General significó una mejora para el ornato de la ciudad de Lima pero también allí se mantuvo las diferencias entre las clases sociales, lo que se evidenciaba desde los cortejos fúnebres, el boato del entierro, la propiedad del nicho, los refinamientos ornamentales, etc. ^[9].

Con la culminación de esta obra se instauró también un Reglamento Provisional para el entierro de los cadáveres. El texto elaborado por Matías Maestro fue revisado por el virrey Abascal y el arzobispo de Lima, Bartolomé María de las Heras.

En diez años de funcionamiento, entre 1808 y 1817, hubo 37 099 entierros; sin embargo, los aspectos económicos no fueron positivos. Así, luego de doce años de funcionamiento, en enero de 1820, Matías Maestro propuso incorporar el cementerio al dominio de la Junta de la Real Beneficencia, aduciendo los elevados gastos de conservación e inadecuada administración ^[8].

Una de las preocupaciones mayores de Abascal fue la situación de salud de los pobladores por lo que pensó en establecer una nueva escuela de medicina. Así:

“Pero acaso hay un mal mayor, como que comprehende á esta metrópoli y á toda la América del Sur, y que yo observé, no sin dolor ni asombro, en mi viage de Buenos Ayres á Lima. Es este el estado de abandono en que se halla en este reyno la Medicina y sus ciencias auxiliares..... pero en el Perú se sufren todas las desgracias que puede traer consigo en la curación de ellas el engaño, el atrevimiento, la ignorancia y la codicia. Así, por todas partes se reciben quejas, no solamente de los Partidos, sino también de las capitales de las Intendencias: de las cuales se solicita con ansia se les auxilie con buenos profesores. Pero ¿dónde se hallarán estos, pues que en la capital que debe proveer de ellos, no hay instrucción organizada que los forme?” (sic) ^[7].

Abascal se encontró con Hipólito Unanue, quien ya era una figura importante para la formación de los médicos. En efecto, en 1792, bajo el gobierno del virrey Francisco Gil de Taboada y Lemos consiguió fundar el Anfiteatro Anatómico en un local dentro del Hospital de San Andrés. De esta manera, se pretendió mejorar la enseñanza de la anatomía en los estudiantes de medicina.

Esta idea venía desde mucho antes; el catedrático de anatomía Juan Joseph de Villarreal había conseguido que por Cédula Real de 29 de Julio de 1753, se erigiera en el Hospital de San Andrés. Esta gestión frustra por falta de medios económicos se reinició, en 1771, con el catedrático de anatomía Francisco de Rúa y Collazos, quien tampoco consiguió el objetivo. En 1789, con el nuevo catedrático de anatomía, Hipólito Unanue, se gestionó la ansiada construcción ante el virrey Teodoro de Croix. Con la opinión favorable del doctor Cosme Bueno, dicho virrey ordenó

erigir el anfiteatro, que empezó en los primeros meses de 1790. El local se terminó de construir en 1791 y fue inaugurado el 21 de noviembre de 1792 ^[10].

Esto nos da una idea de lo difícil y complicado que fue conseguir una edificación con fines académicos, en este caso habían transcurrido 40 años y los gobiernos de siete virreyes para concretar la erección del Anfiteatro Anatómico de Lima. Pero, Abascal había tomado la decisión de crear una nueva escuela médica en un plazo más corto.

Abascal encargó el diseño arquitectónico a Matías Maestro. Luego de los trámites administrativos, se planeó la construcción en el terreno aledaño al Hospital de San Andrés (para españoles), frente a la plaza de Santa Ana y muy cerca de los hospitales de Santa Ana (para naturales), San Bartolomé (para negros) y de la Caridad (para mujeres españolas). El 1 de junio de 1808 se puso la primera piedra y la construcción del Colegio empezó el 8 de junio de ese año.

Para obtener la aprobación Real del funcionamiento del Colegio, Abascal envió al Consejo de Indias la documentación sustentando la solicitud, el 13 de enero de 1810, pero debido a la invasión napoleónica de España y la abdicación de Fernando VII, la Contaduría General del Reino envió el expediente a la Junta Superior Interina de Medicina y Cirugía de Cádiz, el 24 de setiembre de 1810. Esta emitió informe favorable, con algunas observaciones, el 9 de agosto de 1811.

Para entonces, 1811, se había concluido la construcción de la primera parte del local (primer patio con sus instalaciones de bajos y altos), y se continuó el dictado de las lecciones que habían sido iniciadas en 1808. Por esto, se considera 1811 como el año de inauguración del Colegio.

Más tarde, en 1814, Unanue viajó a España como diputado por Arequipa ante las Cortes, y expulsados los franceses de España y repuesto Fernando VII, obtuvo la aprobación del establecimiento por la Real Cédula de 9 de mayo de 1815, pasando a denominarse Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando.

La creación del Jardín Botánico estaba pendiente desde 1787 y 1790 en que había sido aprobado. En 1791, el virrey Gil de Taboada y Lemos intentó construirlo pero fracasó por las consabidas razones económicas. En 1808, con el dinero sobrante de lo recaudado para construir el colegio médico, se invirtió en comprar el sitio y pagar la obra del Jardín Botánico situado a inmediación del cementerio. El botánico navarro Juan José Tafalla y Nabasques tuvo una activa participación en su creación; asimismo, fue encargado de los cursos de botánica en el nuevo colegio ^[11].

Los detalles de la política y actividad militar del gobierno de Abascal escapan al objetivo de esta investigación, pero resumiremos algunos hechos.

Durante la ocupación napoleónica de España y la Guerra de la Independencia de los españoles (1808-1814), la conexión del virreinato del Perú con España quedó intacta al igual que la adhesión a la dinastía borbónica y a la persona del rey Fernando VII. Abascal trató de mantener unido el virreinato como un baluarte español en espera de mejores tiempos; su política fue un continuo proceso de acercamiento entre el gobierno virreinal y las elites limeñas, por lo que podemos afirmar que Abascal no encontró en Lima la presión por la autonomía que se vivía en México por ese entonces ^[12].

En realidad, hubo revueltas que fueron sofocadas y no causaron un impacto importante en la región, como la de Francisco Antonio de Zela, en 1811, en la ciudad de Tacna; la del criollo Juan José Crespo y Castillo y los indios, en 1812, en Huánuco; la de los hermanos Paillardelle, en 1813, en Tacna y la intendencia de Arequipa; y la del brigadier Mateo García Pumacahua y los hermanos Angulo, entre 1814 y 1815, en Cusco ^[13].

El gobierno de Abascal respondió de una manera decisiva a los movimientos revolucionarios que estallaron desde 1809 dentro del virreinato, tuvo éxito en sus dos primeras campañas en Charcas y Quito, contó con un crecido ejército regular y tuvo la supremacía naval en el Pacífico hasta la toma de Talcahuano por los independentistas en 1818.

El decreto del 13 de julio de 1810, que anunció la formación del Ejército del Alto Perú, proclamó también la reincorporación de Charcas al virreinato de Lima hasta terminar la guerra. Entre 1810 y 1813, el virrey puso en práctica una política de anexión que dio por resultado la extraordinaria expansión territorial del Perú; así, Quito, Charcas y Chile fueron anexados por la iniciativa del virrey ^[12].

Hay un punto resaltante: la libertad de prensa. Por decreto de las Cortes de Cádiz, de 10 de noviembre de 1810, la libertad de imprenta adquirió carta legal en los dominios españoles. En Lima, se publicó en el órgano oficial, la Gaceta de Gobierno, el 18 de abril de 1811. Aunque Abascal suscribió dicha ordenanza su actuación sería abiertamente intervencionista, interfiriendo en la difusión de aquellas publicaciones que consideraba inadecuadas por su contenido ofensivo al régimen monárquico.

Entre 1810 y 1814, gracias a la libertad de imprenta y la supresión de la Inquisición, decretados por las Cortes de Cádiz, aparecieron periódicos de variada circulación, de existencia efímera y con artículos firmados con seudónimos ingenuos que ensalzaron la obra constitucional y que se extraviaron en pesadas disquisiciones políticas, destacando, a veces, una erguida proclama liberal ^[14].

Desde un inicio, Abascal dio muestras de oponerse a la libertad de imprenta; así, suspendió su aplicación hasta que la Junta Suprema de Censura de España nombrara a los cinco miembros

de la Junta de Censura de Lima. En setiembre de 1811, comunicaba a la Regencia que estaría pendiente de la interpretación del alcance de dicha norma.

Hasta la vuelta al absolutismo, y a pesar de la participación de las firmas de liberales destacados, como los médicos Félix Devotti, Miguel Tafur, José Pezet o Hipólito Unanue, la prensa estuvo vacía de carga doctrinaria, de polémica, no hubo cuestionamiento alguno del orden establecido o, en todo caso, fue tibio. Todos los periódicos se pronunciaron fieles al constitucionalismo y se adhirieron a los principios del liberalismo en formación; pero, fueron asépticos, carentes de crítica en profundidad, constreñidos a temas cotidianos y locales. La prensa se resintió de la experiencia vivida por periódicos arriesgados, el temor a la censura y la supresión que fue una permanente amenaza ^[15].

Restituida la Corona y Fernando VII de nuevo en el poder, la Real Cédula del 6 de septiembre de 1814 recogió las indicaciones del Consejo de Indias y ordenó su estricto cumplimiento por parte de las autoridades americanas para que se prohíba radicalmente toda publicación que no haya pasado previamente por la censura de las autoridades civil y militar. La orden fue recibida en Lima el 16 de diciembre de 1814 y Abascal la hizo pública el 11 de mayo de 1815.

Durante las últimas décadas de la colonia y las primeras décadas de vida republicana, los pasquines tuvieron una mayor influencia que los periódicos controlados. En efecto, los pasquines, escritos en verso o prosa, por anónimos, con un costo mínimo, con un tono crítico o mesurado, tuvieron una mayor difusión ^[16].

Abascal partió a España el 13 de noviembre de 1816 y falleció en Madrid el 31 de julio de 1821, a los 78 años de edad.

Colofón

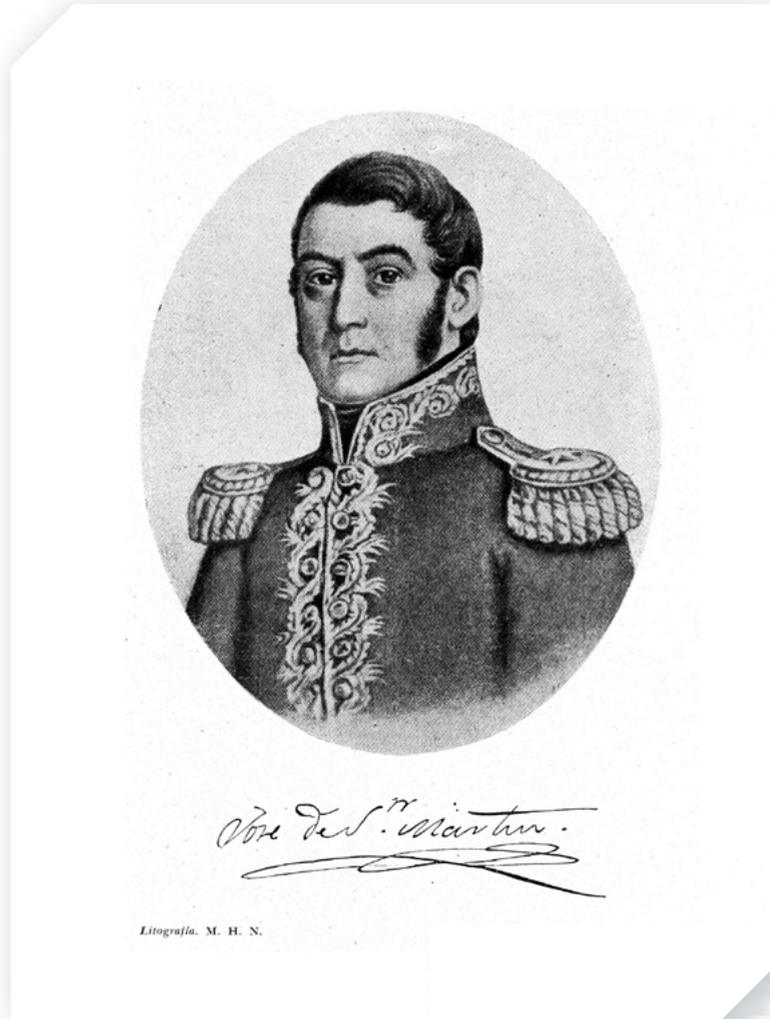
Si bien es cierto que las ideas reformistas de la Ilustración borbónica ya habían llegado al virreinato del Perú, en su momento, el virrey Abascal fue un auténtico ejecutor de dichas ideas. Esto se vio facilitado por esa conjunción de dos personalidades embebidas de ideas reformistas, como fueron Abascal y Unanue, que permitió llevar a cabo empresas novedosas para mejorar la salubridad de Lima y la enseñanza de la medicina.

ORCID

Oscar G. Pamo Reyna, <https://orcid.org/0000-0003-3970-1229>

Referencias bibliográficas

1. Escudero L. Viajes, Ciencia e Ilustración. Las expediciones científicas españolas en el siglo XVIII. Sociedad Geográfica Española. 2005, Boletín 22. [Consultado: 10 jun 2021] Disponible en: <https://sge.org/publicaciones/numero-de-boletin/boletin-22/expediciones-cientificas-siglo-xviii/>
2. Valle Rondón F. Teología, filosofía y derecho en el Perú del XVIII: dos reformas ilustradas en el Colegio de San Carlos de Lima (1771 y 1787). Revista Teológica Limense. 2006; 40(3):337-82.
3. Vargas JI. Cuando no había rey en España, Abascal lo era en América. Tiempos de América. 2004; 11:15-26.
4. Tuells J, Torrijos JL. Josep Salvany i Lleopart: el vacunador que atravesaba tormentas. Vacunas. 2010;11(3):125-32. doi: 10.1016/S1576-9887(10)70026-1.
5. Ramírez SM. El legado de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna (1803-1810): Las Juntas de Vacuna. Asclepio. 2004; 56(1):31-61.
6. Lastres JB. Introducción del fluido vacuno en el Perú. Anales de la Facultad de Medicina. 1951; 34(3):293-4. doi: <https://doi.org/10.15381/anales.v34i3.9527>
7. Oficio del Excmo. Señor Virrey Don José Fernando Abascal y Sosa a los Señores Intendentes, é Ilustrísimos Señores Obispos del Virreynato, sobre la Erección y Establecimiento de un Colegio de Medicina en esta Ciudad y Real Escuela de Lima. Impreso en la casa real de niños expósitos. Año de 1808.
8. Tácunan S. Historia de los cementerios de Lima y del Callao. Studium Veritatis. 2011; 9(15):235-85.
9. Casalino C. Higiene pública y piedad ilustrada: la cultura de la muerte bajo los borbones. En: Scarlett O'Phelan Godoy (Compiladora). El Perú en el siglo XVIII. La Era Borbónica. Lima: Instituto Riva-Agüero, Pontificia Universidad Católica del Perú; 1999. p. 325-344.
10. Delgado-Matallana G, Rabí M. Evolución histórica de la Escuela de Medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima: Fondo Editorial y Librería de la UNMSM; 2006. p. 52-53.
11. Goicoetxea Á. Juan José Tafalla y Nabasques, botánico olvidado de la ilustración. Príncipe de Viana. 1989; 50(188):641-8.
12. Hamnett BR. La política contrarrevolucionaria del virrey Abascal: Perú, 1806-1816. Documento de Trabajo N° 112. Serie Historia, 18. Instituto de Estudios Peruanos, IEP; Lima; 2000.
13. Orrego JL. La contrarrevolución del virrey Abascal: Lima (1806-1818). Procesos. 2009; 29: 93-112.
14. Porras-Barrenechea R. El periodismo en el Perú. Mundial, 28 de julio de 1921. [Consultado: 10 jun 2021] Disponible en: <https://docplayer.es/5506198-El-periodismo-en-el-peru.html>
15. Martínez A. Los orígenes del periodismo doctrinario en Perú. El caso conflictivo de "El Peruano". Quinto Centenario. 1982; 3:109-36.
16. Cornejo C. Los pasquines en el Perú (siglos XVIII y XIX). Correspondencias & Análisis. 2012; 2: 187-199. doi: <https://doi.org/10.24265/cian.2012.n2.09>



Generalísimo José de San Martín (n.1778-m.1850). Litografía de M.H.N. – Buenos Aires -, basada en la pintura del artista francés Jean Baptiste Madou, 1828.

Hipólito Unanue and his performance in the independence of Perú

Hipólito Unanue y su actuación en la independencia del Perú

Ricardo Iván Álvarez-Carrasco^{1,2,3,a,b}

ralvarezcarrasco@yahoo.com

- ¹ Instituto Nacional Materno Perinatal.
- ² Academia Panamericana de Historia de la Medicina.
- ³ Asociación Médica Peruana de Patología Clínica
- ^a Médico cirujano
- ^b Especialista en Patología Clínica

Contribuciones de autoría:

El autor ha desarrollado todas las etapas de la investigación.

Fuentes de financiamiento:

El autor ha financiado íntegramente todas las etapas de esta investigación.

Declaración de conflictos de interés:

El autor declara no tener cualquier relación, condición o circunstancia que pueda reducir la objetividad en la interpretación del artículo; la cual puede ser económica o institucional (consultorías, becas, pagos por viajes, viáticos, etc.).

Agradecimientos:

No se consigna ningún agradecimiento.

Autor corresponsal:

Ricardo Iván Álvarez Carrasco

Dirección: Jirón Junín N° 238, departamento 505, Madalena del Mar Código postal 15086

Teléfono Celular: 950 - 830526

Teléfono Fijo: 402 6879

Resumen

El doctor José Hipólito Unanue y Pavón fue sin duda el intelectual más brillante del fascinante periodo que transcurrió entre los años postreros del coloniaje español y el inicio de la vida independiente; una de sus facetas más conocidas sería su activa participación en la vida política nacional desde fines del siglo XVIII hasta su servicio leal y eficaz en los gobiernos de José de San Martín y Simón Bolívar; el objeto de este artículo es narrar la participación que le cupo en el proceso de la independencia del Perú.

Palabras claves: Historia de la Medicina; Facultad de Medicina; Historia del siglo XIX; Médicos; Historia; Perú.

Summary

Dr. José Hipólito Unanue y Pavón was undoubtedly the most brilliant intellectual of the fascinating period that elapsed between the last years of Spanish colonialism and the beginning of independent life; one of his best known facets would be his active participation in national political life from the end of the 18th century until his loyal and effective service in the governments of José de San Martín and Simón Bolívar; the purpose of this article is to narrate the participation that he had in the process of the independence of Peru.

Keywords: History of Medicine; School of Medicine; History of the XIX century; Doctors; History; Peru.

Introducción

El doctor José Hipólito Unanue y Pavón fue un hombre multifacético, ejerció la medicina, el periodismo, la cosmografía, la agricultura y por años sería el asentista de la plaza de toros de Acho, entre otras actividades, sin embargo, gran parte de los historiadores ha puesto especial énfasis en su participación en la vida política, que se extendió por casi cuatro décadas de su proficua existencia.

Su vida política como súbdito del rey

La primera participación de Unanue en la vida política del país ocurrió en 1796, cuando el virrey Gil de Taboada lo invitó a participar en la redacción de sus memorias que se titularon Relación del gobierno del excelentísimo señor Virrey Don Francisco de Gil de Taboada y Lemos, presentada a su sucesor el excelentísimo barón de Vallenar, que equivalían a una rendición de cuentas de su mandato ^[1], y en las que son evidentes las incrustaciones cultas de Unanue ^[2]. Este manuscrito constaba de 353 páginas y estaba dividido, como era costumbre, en aspectos eclesiásticos, civiles, políticos, hacendarios y militares ^[3].

Su reemplazante, el virrey Ambrosio O'Higgins -1796 a 1801-, un militar irlandés al servicio de la Corona española, también tuvo una estrecha relación con Unanue, quien sería su médico personal y uno de sus principales confidentes y consejeros, incluso en una de las numerosas conversaciones, el virrey le confió que de no haber ocurrido la independencia de los Estados Unidos de América, en esa época el Perú tendría una población de más de cien mil irlandeses, ya que antes de la revolución norteamericana había presentado el proyecto para crear colonias

militares integradas por huestes de esa nacionalidad en los lugares limítrofes con las posesiones británicas, que obviamente quedó desechado por aquel acontecimiento ^[4].

Durante la administración del virrey Fernando de Abascal -1806 a 1816- recibió honores personales (el protomedicato del reino y la cátedra de prima de Medicina) y se materializó su más caro anhelo institucional, la fundación del Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando, sin embargo, dicho virrey vivía en permanente alerta para sofocar cualquier conspiración contra el régimen, sea esta verdadera o supuesta, una de ellas sería la de los Fernandinos, en la que los maestros y algunos alumnos del flamante colegio, entre ellos Unanue, empezaron a discutir sobre los gobiernos que correspondían adoptarse en las colonias en el caso de disturbios en la metrópoli, que a su juicio deberían recaer en las manos de los criollos y no de los peninsulares ^[5].

En un determinado momento estos contertulios fueron delatados, el virrey los llamó uno a uno y les manifestó su completa desaprobación y desagrado, esta velada amenaza hizo que se disolvieran y decidieran trabajar individualmente ^[5]. En el caso de Unanue, según Vicuña, ello le causó una gran zozobra en el ánimo, a tal punto que “desde aquella época, hasta la entrada de San Martín en Lima en 1821, no volvió a despegar sus labios, ni aun en el seno de la amistad, para manifestar sus convicciones políticas” ^[6].

En 1808 se había producido la invasión de España por el ejército del emperador francés Napoleón Bonaparte, que provocó la formación de la Junta Suprema Central con el fin de gobernar España en nombre del rey Fernando VII, en ese contexto convocó a las Cortes de Cádiz, el 29 de enero de 1810, y entregó el mando al Consejo de Regencia de España e Indias ^[7]. Las Cortes iniciaron sus sesiones el 24 de setiembre de 1810 y tuvieron tres períodos: Las Cortes Generales y Extraordinarias, desde el 24 de setiembre de 1810 hasta setiembre de 1813; la primera Legislatura Ordinaria, entre el 25 de setiembre de 1813 y el 12 de febrero de 1814; y la segunda Legislatura Ordinaria, desde marzo hasta el 10 de mayo de 1814 ^[8].

En abril de ese último año concluyó la guerra contra Francia con la victoria española ^[7], lo que permitió entronizar a Fernando VII, quien el 4 de mayo de 1814 dictó el Real Decreto que derogó la Constitución de Cádiz, reimplantó la monarquía absoluta y suprimió las Cortes ^[9].

El 4 de octubre de 1813, el doctor Unanue era electo diputado por Arequipa para la primera Legislatura Ordinaria de estas Cortes, partiendo hacia España a principios de abril de 1814 ^[10] y arribando a Cádiz a fines de julio aquel año ^[11], casi tres meses después del final abrupto de la segunda Legislatura Ordinaria de las Cortes; es decir, no tuvo ninguna participación parlamentaria y tampoco firmó la Constitución de 1812 ^[9]; ya no representaba a nadie, sino a él mismo ^[12].

Empero su estancia en España no fue estéril, consiguió la expedición de la Real Cédula del 9 de mayo de 1815, que concedía la licencia de creación y rentas al Real Colegio de Medicina

y Cirugía de San Fernando ^[13]; la Real Cédula que devolvía la herencia de la familia Landaburu, que incluía el derecho de organizar corridas de toros en la plaza de Acho ^[11]; publicó en Madrid la segunda edición de su libro Observaciones sobre el clima de Lima, y su influencia en los seres organizados en particular el hombre ^[14], tramitó algunas prebendas para el obispado y el cabildo de Arequipa; solicitó y consiguió la licencia para leer libros prohibidos “excepto los de Pedro Suave, Nicolás Maquiavelo y demás que tratan exprofeso contra nuestra sagrada Religión, y de obscenidades”, un pedido semejante no le había sido respondido por el Tribunal del Santo Oficio de Lima, en 1805 ^[15]; y finalmente posó para uno de los dos retratos que se le hicieron en vida ^[16] (Figura 1).



Figura 1. Doctor José Hipólito Unanue y Pavón. Óleo realizado por José Gil de Castro y Morales, afamado artista limeño llamado el Pintor de los Libertadores, el cual es uno de los dos retratos que se le realizó en vida, y donde luce la condecoración de la Orden del Sol del Perú.

Unanue regresó a Lima en 1816 ^[12,17] y, aunque logró buena parte de sus objetivos, quedó desilusionado por el destino de las Cortes de Cádiz y la Constitución liberal ^[18]. En el Perú reinaba nuevamente el más férreo absolutismo ^[19].

Su retorno casi coincidió con el término del gobierno de Abascal ^[12], quien en sus memorias lo mencionaría en los siguientes términos: “El cuadro sinóptico que se acompaña firmado por el Protomédico del Reyno Dr. D. Hipólito Unanue, acredita la inteligencia y los conocimientos de este benemérito profesor que dotado de un ardiente celo y amor a la Literatura, se ha prestado con desinterés y laudable empeño a todo cuanto ha tenido relación con el establecimiento” ^[20].

Una vez establecido en el Perú, Unanue continuó siendo un leal súbdito incluso luego de la llegada de la expedición libertadora, encabezada por el general San Martín, participando como uno de los representantes del virrey Pezuela, en la conferencia de Miraflores, entre el 30 de setiembre y el 1 de octubre de 1820 ^[21], que fracasó por la disparidad de los planteamientos ^[12].

Estos acontecimientos le hicieron entender que la guerra tenía un fin inevitable, nos conduciría a la independencia, fue entonces que perdió la esperanza de una reforma y un nuevo pacto colonial, los cuales acariciaba desde 1812 ^[22], y con los que pretendía hacer menos intolerante al gobierno de los borbones ^[5]. Haciendo uso de su gran capacidad para comprender y adaptarse a la realidad, decidió servir al nuevo régimen, al que entregó su sabiduría y conocimientos, en bien del Perú independiente ^[11].

Su participación durante el protectorado del generalísimo José de San Martín

En enero de 1821, el virrey Pezuela era depuesto por el levantamiento de Aznapuquio, que instaló en el mando al general José de la Serna, quien tomó una actitud más bien cautelosa, así, propuso conferenciar con los patriotas en la hacienda de Punchauca, en junio de aquel año, con resultados infructuosos y ante el asedio de los patriotas, resolvió abandonar Lima con un ejército de dos mil hombres y algunos nobles para reorganizar la defensa en la sierra, dejando la ciudad a merced del enemigo, incluyendo a cientos de soldados realistas heridos en los hospitales ^[23].

Los habitantes de Lima apenas se enteraron de la decisión del virrey un día antes, el 5 de julio, algunos que no lo acompañaron decidieron refugiarse en la fortaleza del Callao, donde había quedado el destacamento al mando de José de La Mar, compuesto de dos mil soldados, sin embargo, la gran mayoría permaneció en Lima ^[23].

La Serna nombró ese mismo día al octogenario marqués de Montemira como gobernador político y militar de la ciudad, quien escribió una carta a San Martín, invitándolo a entrar en la ciudad para que impusiera el orden, el militar argentino aceptó la autoridad de Montemira e ingresó de incognito la noche del 12 de julio ^[23].

Casi de inmediato se convocó a un cabildo abierto para el día 15, en el que se procedió a firmar el acta de la independencia, suceso puramente formal pero exigido por el general ^[23], entre los primeros que la firmaron estuvo el doctor Unanue y su colega Miguel Tafur.

Trece días después, San Martín proclamó la independencia del Perú, el sábado 28 de julio de 1821, y poco después, el 3 de agosto, se dio el decreto que unificaba el mando político y militar en su persona, bajo el título de Protector del Perú ^[24].

El 4 de agosto, Unanue era nombrado Ministro de Hacienda ^[24,25], asignándole un sueldo de 6,000 pesos ^[11]; nuestro personaje sirvió al nuevo régimen en la creencia que la monarquía constitucional planteada por San Martín era la vía correcta para alcanzar la paz y la independencia ^[12].

Este cargo ministerial era vital para proveer los recursos económicos y financieros para continuar la guerra, por ello no es exagerado decir que las medidas adoptadas por Unanue salvaron la causa libertaria ^[11].

En poco tiempo debió dar disposiciones sobre diversos temas, así decretó una norma sobre la moralidad de los servidores públicos que implicaba la pérdida del trabajo y la pena correspondiente en caso de una grave falta comprobada -13 de agosto- ^[26], la reducción de los gravámenes establecidos por el gobierno español desde 1812, aliviando la asfixia fiscal que agobiaba a la población ^[27]; y estableció el primer Reglamento Provisorio de Comercio -28 de septiembre-, que se publicó íntegramente en el número 26 de la Gaceta del Gobierno de Lima Independiente ^[3].

Adicionalmente se dictaminó que las hojas de papel, que eran esenciales para cualquier trámite administrativo y que se comercializaban desde hacía décadas por el Estanco del Papel, se venderían por el doble de su valor, aumentando el precio de un artículo de primera necesidad, sin convertirlo en un nuevo impuesto ^[27]; se decretó la desaparición del Tribunal de Minería, que sería sustituido por la Dirección General de Bancos -23 de octubre-; y la extinción de la anualidad eclesiástica que exigía el gobierno español -14 de diciembre- ^[26].

Una grave vicisitud que debió afrontar Unanue fue la sustracción de las máquinas de la Casa de Moneda de Lima y la destrucción de una parte de sus instalaciones, ambas ordenadas por La Serna en las vísperas de huir de Lima ^[28]. A ello había que agregar que gran parte de las minas, situadas principalmente en la sierra, se hallaban bajo el dominio español ^[29], más aún, tras el fracaso de las campañas militares del general patriota Juan Antonio Álvarez de Arenales, que concluyeron en julio de 1821 ^[30,31].

Como consecuencia de ello, la acuñación de monedas disminuyó significativamente, en 1820 se habían troquelado 4'000,986 pesos de plata, mientras en 1821 apenas 1'344,788; otro tanto ocurrió con las monedas de oro ^[28]. En esta dramática circunstancia, una vez más, debió dictar

disposiciones para hacer frente al déficit de ingresos a los que se veía enfrentada la que hoy denominaríamos caja fiscal ^[27].

Unanue propuso al gobierno la apertura de un Banco de Rescate, al interior de la Casa de Moneda de Lima, cuya función era adquirir metales preciosos de los particulares y con ellos acuñar el monetario indispensable para solventar no sólo la campaña militar, sino también las transacciones cotidianas de los ciudadanos ^[29,32].

En este importante esfuerzo fue secundado por José de Boqui, artífice parmesano que ejercía como director de la ceca limeña, sin embargo, aquel empeño se vio duramente contrariado el 15 de septiembre de 1821, cuando el vicealmirante Thomas Alexander Cochrane tomó por la fuerza los valores de la ceca limeña, que habían sido llevados a la caleta de Ancón con el fin de preservarlos de un probable contraataque realista ^[29].

Este sorprendente suceso tuvo su origen durante la campaña por la independencia de Chile, en que los sueldos de la escuadra libertadora sufrieron grandes atrasos, por lo que San Martín se comprometió a sufragar las deudas y los premios en cuanto se tomara Lima, ocurrido lo cual no honró su ofrecimiento ^[33].

El marino británico no creyó las explicaciones del gobierno, que afirmaba que las arcas públicas se hallaron vacías, y apenas se enteró del traslado de los valores con destino a Ancón, no dudó en ir tras ellos, comprobando la existencia de casi 300,000 pesos, buena parte de ellos acopiados por el Banco de Rescate y que eran más del doble de la suma que les adeudaban ^[29].

Después de apoderarse del tesoro, Cochrane hizo saber a todos los particulares que acreditaran ser dueños de alguna suma, que les sería devuelta en el acto, "de este modo se entregaron sumas considerables al Dr. Unanue, a Don Juan Agüero, a Don Manuel Silva, a Don Manuel Primo, a Don Francisco Ramírez y a otros varios, a pesar de tener conexión con el gobierno" ^[33]. Efectuada esta devolución, el vicealmirante comunicó al gobierno su disposición de recibir una comisión para que atestiguara el pago correspondiente y luego tomara el excedente, a lo que el régimen se negó, por lo que Cochrane obró por cuenta propia con la única fiscalización de sus subordinados ^[33].

Luego San Martín designó una comisión dirigida por Boqui, que recogió dicho excedente y paso seguido decretó la expulsión de Cochrane, el 25 de septiembre de 1821 ^[29].

En tal contexto se hizo muy difícil mantener las finanzas del bando patriota, al punto que el gobierno, a insinuación de Unanue, decidió tomar dos medidas: La creación del Banco Auxiliar de Papel Moneda, que se decretó el 14 de diciembre de 1821 y cuyo fin era la emisión de los primeros billetes que circularon en nuestra historia ^[28,34]; y la acuñación de monedas de cobre, ordenada por el decreto del 18 de enero de 1822 ^[35], piezas consideradas como exóticas, ya que hasta entonces los limeños sólo habían conocido monedas de oro y plata ^[11].

El plan del Banco Auxiliar de Papel Moneda se respaldó con una garantía, a modo de aval, de un millón de pesos obtenidos en partes iguales por el Estado, a través de la reforma de la Caja de Censos y por la Municipalidad y el Tribunal del Consulado; planteándose que su horizonte temporal no sería mayor a los dos años, ya que tenía como fin exclusivo cubrir el déficit monetario, que se estimó en 4 millones de pesos ^[30].

El 1 de febrero de 1822 entraron a la circulación los billetes, cuyas denominaciones fueron de 1 y 10 pesos, y de 2 y 4 reales, razón por la cual no solucionaron las transacciones menores a 2 reales; lamentablemente fueron rápidamente falsificados por la simpleza técnica con la que se fabricaron ^[28].

Esto causó que la población los rechazara; ninguna de las medidas que tomó el gobierno, alguna de ellas draconiana, pudo modificar esta situación y finalmente el 13 de agosto de 1822 se ordenó su progresiva supresión ^[34]. Unanue señaló en su memoria ministerial que el factor central de este fracaso fue la extraordinaria resistencia del público a recibir papel moneda motivado por el desconocimiento y falta de experiencia histórica; explicación a todas luces incompleta ^[30], porque no mencionó la parte de responsabilidad del gobierno en este fracaso.

En marzo de 1822 empezaron a circular las monedas de $\frac{1}{4}$ de real, que se habían batido en cobre y que fueron las primeras del Perú independiente ^[28] (Figura 2).



Figura 2. Anverso de la moneda de $\frac{1}{4}$ de real, emitida en 1822, la primera que fue acuñada a nombre del Perú independiente, y cuyo diseño sería obra del doctor José Hipólito Unanue y Pavón.

Yábar afirma que Unanue fue el autor intelectual de los diseños de estos billetes y monedas, así refiere que en el inventario de sus bienes existía una caja conteniendo monedas y medallas de diferentes metales, y un libro sobre medallas antiguas escrito en latín, lo que indica “que es muy probable que Unanue conociera de numismática e iconografía lo suficiente como para diseñar monedas y comprender lo importante que son como elemento trasmisor de ideas” ^[28].

El 15 de julio de 1822, se publicó el decreto que anunciaba que al día siguiente entrarían en la circulación las primeras monedas de plata que llevaron el escudo del Perú, en este caso el emblema provisional que diseñó San Martín, siendo su denominación de 8 reales, equivalentes a 1 peso ^[29]. Estos ejemplares, muy escasos en la actualidad, se conocen también como los Pesos del Perú Libre, debido al lema que llevan en su anverso ^[29].

Gracias a su febril labor al frente de la cartera de Hacienda, Unanue se hizo merecedor del aprecio más entrañable de San Martín, quien lo consideró uno de sus funcionarios más competentes y leales, siendo premiado con todos los honores que el nuevo régimen podía concederle, entre ellos la condecoración de la Orden del Sol del Perú ^[25].

Unanue es electo diputado del primer Congreso Constituyente

El 20 de septiembre de 1822 se instaló nuestro primer Congreso Constituyente, con la presencia de 53 representantes de los 71 elegidos, que fueron testigos de la renuncia de San Martín al título de Protector y su alejamiento del mando de la nación, que dejó en manos de este parlamento ^[24].

Esta sorpresiva partida sería glosada, tiempo después, por Unanue: “San Martín pertenece a la historia: ella juzgará su administración y sus hechos; y ella manifestará las causas de su violento abandono que como fundador de la libertad del Perú estaba comprometido con nosotros, con su fama y con la América entera, y debía perecer antes que desistir de la empresa” ^[36].

De los 71 constituyentes electos, 60 eran peruanos y 11 tenían otras nacionalidades americanas, ello debido a que el Estatuto Provisorio bajo el que se desarrolló la elección definía que eran “ciudadanos del Perú los que hayan nacido o nacieran en cualquiera de los Estados de América que hayan jurado la independencia de España” ^[37]. Además de Unanue hubo siete médicos en este congreso, tres titulares (Miguel Tafur, José Gregorio Paredes, y José Pezet), y cuatro suplentes (Juan Cevallos, Juan Gastañeta, Esteban Navia y Moscoso, y Laureano Lara) ^[38].

Unanue recién se presentó ante dicha asamblea el día 23 de septiembre, con dos propósitos, el primero fue leer su memoria como ministro de Hacienda, en la que admitía que al hacerse cargo de esta cartera “estaban exhaustos los fondos de la tesorería”, a pesar de tanto “contratiempo, por una especie de prodigio, el ejército se ha pagado, vestido con decencia, equipado, asistido en sus hospitales; y puesto en un pie numeroso y brillante”, y finalizaba haciendo un detallado recuento del primer año de sus labores como ministro ^[39].

El segundo propósito de su presencia ante esta asamblea fue la presentación de las credenciales como diputado por Puno ^[17,40], lo que causó la oposición de algunos legisladores, como Ignacio Ortiz de Zevallos, representante por Lima y natural de Quito, quien argumentó que Unanue no había sido sometido al juicio de residencia del cargo de ministro que ejerció durante el protectorado de San Martín ^[37]. Los diputados José Gregorio Paredes, Francisco Javier Mariátegui y José Faustino Sánchez Carrión rebatieron a Ortiz de Zevallos, y Unanue finalmente sería aceptado como diputado ^[37].

Dicha asamblea lo eligió como su presidente el 20 de diciembre de 1822 y lo ratificó el 20 de enero de 1823, siendo el primero reelecto en ese cargo ^[40,41]. No obstante, continuó encabezando el Ministerio de Hacienda hasta el 23 de junio de 1823 ^[27].

Los hechos que sobrevinieron al retiro de San Martín fueron contrarios a la causa emancipadora, a tal punto que entre el 18 de junio y el 15 de julio de 1823, Lima volvió a caer en las manos de los españoles ^[29].

El general José Canterac, quien comandaba a las tropas hispanas, aplicó impuestos forzosos a los habitantes y comerciantes de la ciudad, ordenó tomar todos los elementos materiales que le fueran útiles, y finalmente desarmaron las máquinas de la Casa de Moneda, que llevaron con destino al Cuzco e incendiaron el edificio para impedir la acuñación de dinero para el bando enemigo ^[29].

Fue uno de los momentos más aciagos en el curso de la guerra libertadora, el 19 de junio algunos congresistas huyeron con dirección al Callao, y siete días después, una parte de esta asamblea enrumbo hacia Trujillo ^[37]. Unanue no pudo evitar verse envuelto en la amarga disputa entre Torre Tagle y Riva Agüero, quien había creado un Senado del que formaba parte nuestro personaje, aunque sin su consentimiento ^[12].

Sólo después que las tropas españolas dejaron Lima, el Congreso pudo reinstalarse en la ciudad capital, el 6 de agosto de 1823 ^[37].

Unanue durante régimen de Simón Bolívar

El 1 de septiembre de 1823, el general Simón Bolívar, a bordo del bergantín Chimborazo, se presentó sorpresivamente en el Callao ^[24], luego de ignorar adrede las reiteradas súplicas que se le hicieron para que viniera al Perú y salvara la causa patriota ^[11].

El Congreso Constituyente designó a Unanue para que se entrevistara con Bolívar y lo pusiera al corriente de la situación, de esta manera ambos personajes se conocieron y dieron principio a una relación de respeto mutuo ^[18]. Pocos días después, el 24 de septiembre, el futuro libertador lo designó ministro de Hacienda, cargo que ejerció hasta el 19 de febrero de 1824 ^[27].

Bolívar había exigido y conseguido que se le concediera el poder político y militar absoluto, de esta manera se suspendieron los artículos de nuestra primera Constitución, promulgada el 20 de noviembre de 1823, que se opusieran a este mandato ^[24].

Por entonces el general venezolano recorría las poblaciones al norte de Lima, recalando en Pativilca el 1 de enero de 1824, allí enfermó gravemente presa posiblemente del paludismo, mandando llamar al doctor José Manuel Valdés ^[24].

Unanue intentó visitar al ilustre doliente, incluso viajó por mar hasta Chancay, pero un corsario le impidió continuar su marcha, y como la ruta por tierra le era particularmente fatigosa por sus casi setenta años de edad, decidió retornar a Lima ^[42].

Una vez recuperado, Bolívar debió enfrentar la defección de la tropa argentina que custodiaba los castillos del Callao, que se amotinó el 5 de febrero de 1824, permitiendo que el ejército español volviera a recuperarlos, ello generó el caos, a tal extremo que Bolívar ordenó a sus tropas y a las autoridades civiles que dejaran Lima, la cual fue tomada efímeramente por las huestes hispanas ^[43]. Los leales a la causa libertaria emigraron hacia Trujillo, entre ellos Unanue, quien se encargó de publicar el semanario Nuevo Día del Perú en aquella ciudad, el cual se editó entre el 1 de julio y el 25 de septiembre de 1824 ^[11].

Durante la dictadura bolivariana, Unanue también sería ministro de Gobierno y Relaciones Exteriores, entre el 20 de enero y el 3 de abril de 1824 ^[38]; en ese período presentó una memoria en la que, entre otros asuntos, se ufanaba de haber prohibido la circulación de libros contrarios a los dogmas de la religión católica; anunció el establecimiento de un Ginecio para la instrucción de niñas y jóvenes; presentó varias normas favorables a las actividades agrícolas y a la reactivación del correo, y elogiaba las relaciones amistosas que se mantenían con todas las naciones que nos rodeaban ^[44].

El 28 de octubre de 1824 fue designado una vez más como ministro de Hacienda, cargo que ejerció hasta el 25 de febrero de 1825 ^[11]. Entre tanto, el genio militar de Bolívar logró reorganizar al ejército patriota y partió en busca del enemigo, al que enfrentó victoriosamente en la batalla de Junín, el 6 de agosto de 1824, y finalmente su lugarteniente, Antonio José de Sucre, lo derrotaba en Ayacucho, el 9 de diciembre de 1824 ^[45].

El 14 de febrero de 1825, apenas once días antes de dejar el ministerio de Hacienda, hizo público un informe en el que reconocía las serias dificultades que afrontó para mantener una masa monetaria mínimamente adecuada para las transacciones cotidianas ^[44]: “Tres veces los españoles han arruinado las máquinas y llevándose los instrumentos de la casa de moneda. Sin numerario no hay giro, y sin giro fracasa la existencia del pueblo”.

El Congreso, en la sesión del 18 de febrero de 1825, declaró a Unanue como Benemérito de la Patria, en grado eminente ^[37], quien aceptó este honor y en la carta de agradecimiento dijo sentirse “confundido por la presión de la gratitud, no me queda sino conservar este testimonio de equidad eminentemente generosa, como el monumento más solemne de mis días” ^[18].

El decreto del 24 de febrero de 1825, firmado por Bolívar con motivo de su viaje al Alto Perú, delegó el mando político y militar del Perú en el Consejo de Gobierno que, presidido por el mariscal José de La Mar, contaba a Unanue entre sus vocales ^[24]. Por ausencia de La Mar, el sabio ariqueño se encargó de presidirlo entre el 3 de abril de 1825 y el 5 de enero de 1826 ^[46].

El 23 de enero de 1826, el general José Ramón Rodil entregaba los castillos del Callao, el último bastión de la resistencia española, que tuvo un saldo particularmente doloroso para Unanue, ya que tomó conocimiento que su amigo y colega José Pezet, prisionero en ese lugar, había fallecido por causas no bien aclaradas ^[47], el 10 de agosto de 1825; aquel facultativo fue obligado a escribir, bajo amenaza de muerte, en los periódicos El Desengaño y El Triunfo, que eran claramente contrarios a la causa patriota ^[38].

El 1 de julio de 1826 el Consejo de Gobierno aprobó la Constitución que propuso Bolívar, cuyo texto revisó don Hipólito junto a José María Pando y Tomás de Heres ^[48], mereciendo su resuelto apoyo, convencido que era necesaria una autoridad fuerte para un país en nacimiento, pues temía la anarquía que atestiguó luego del retiro de San Martín ^[18].

Bolívar consideró seriamente designarlo en el cargo de vicepresidente una vez instalado el régimen vitalicio, tal como lo expuso en una carta dirigida a Sucre, el 12 de mayo de 1826 ^[48].

El 11 de agosto de aquel año, Unanue, en su condición de presidente provisorio del Consejo de Gobierno, firmaba el decreto que reducía el tributo de los indios a las mismas cantidades que se establecieron en 1820; esta seguramente sería una de sus últimas gestiones gubernamentales, ya que ese mismo mes había dirigido una misiva a Bolívar, rogándole que accediera a reemplazarlo en ese cargo y el de ministro de Justicia y Negocios Eclesiásticos, la tercera cartera que ejercía durante el régimen bolivariano, porque “mis años y fatigas me privan aún de seguir desempeñando con el tesón debido los asuntos Ministeriales” ^[42].

La petición, muy a su pesar era aceptada por Bolívar, quien pocos días después, el 1 de septiembre de 1826, designaba el nuevo Consejo de Gobierno ^[46,47,49], dando fin a la vida política de Unanue.

Unanue después de la política y el fin de sus días

Luego de su retiro, nuestro personaje se dedicó a la administración de sus haciendas San Juan de Arona, Gómez, Pepián y Cerro Blanco, en el valle de Cañete ^[38], donde pasaría los últimos años de su vida.

Bernardo O’Higgins, desterrado prócer de la independencia de Chile, y a quien conocía desde su llegada a Lima en 1823 ^[4], fue su vecino y amigo, pues era dueño de la colindante hacienda Montalbán, que le fue cedida durante el protectorado de San Martín ^[46,47], y en la que vivió entre 1823 y 1842 ^[11]. Incluso, el 27 de septiembre de 1830, celebraron un contrato por el que O’Higgins le vendió las tierras del Guayabal, ubicadas en el límite de ambas propiedades ^[18].

El 10 de octubre de 1831, Unanue concedió, ante el escribano Gerónimo Villafuerte, el poder para que Manuela de Jesús Unanue, su hija mayor, y el esposo de aquella, Francisco de la Mata Linares, ejecutaran el testamento de nuestro personaje, y en su ausencia “a los demás de mis hijos, según puedan ir teniendo aptitud para desempeñar este cargo” ^[10].

En aquel año de 1831 fallecería su anciana madre Manuela Pavón y Salgado de Araujo ^[18], desgracia que fue seguida por la muerte de su hijo Germán, el 22 de junio de 1832, y la de su esposa Josefa, el 30 de octubre de ese mismo año ^[10]. El destino le había reservado, en los años postreros de su existencia, una terrible sucesión de dolorosas pérdidas de las que no tuvo tiempo para recuperarse ^[11].

Presintiendo que su fin terrenal estaba cerca decidió volver a Lima, a su casa de la calle de El Lechugal, donde el 14 de mayo de 1833 dictó su extensa memoria testamentaria, ante el escribano Gerónimo Villafuerte, la cual contenía cuarenta y cuatro cláusulas ^[10].

Reconfortado por los auxilios espirituales de la iglesia católica, de la que fue cumplido practicante, este Benemérito de la Patria expiró apaciblemente a las 5 de la mañana del lunes 15 de julio de 1833 ^[25,32,40,50].

Colofón

No es sencillo narrar en el espacio de un artículo una historia tan apasionante como la de Hipólito Unanue, quien estuvo en la mesa de virreyes; en las imprentas de los fidelistas de Cádiz; en las intrigas de los patriotas de la primera época que buscaban un príncipe para que reinara en Lima; con los ambiciosos La Mar, Torre Tagle, Riva Agüero y finalmente acompañando al impulsivo y radical Bolívar en su proyecto republicano de rasgos autoritarios ^[12].

No obstante, es indudable que su participación durante el proceso de nuestra independencia fue crucial, sus propuestas y decisiones permitieron mantener la economía y las finanzas del bando patriota en los momentos más aciagos de la guerra; su competencia, moralidad y lealtad lo convirtieron en el único alto funcionario peruano que mereció la confianza y el aprecio tanto de San Martín como de Bolívar.

Nosotros, sus compatriotas, debemos sentirnos afortunados que el Perú haya sido la cuna de un ser humano de la extraordinaria talla ética e intelectual de don José Hipólito Unanue y Pavón, que no sólo es gloria de nuestro país, sino también de toda la América ^[11].

ORCID

Ricardo Iván Álvarez-Carrasco, <https://orcid.org/0000-0002-0987-6717>

Scopus Author ID

57194734963

Referencias bibliográficas

- Bustamante C. Hipólito Unanue: ciudadano ejemplar. Acta Médica Peruana, 1984; 11(2): 68-73.
- Orueta L. Los Virreyes de América del Sur (Perú 1544-1825). Paterna, Valencia: La Imprenta CG; 2018. p. 397, 398.
- Vicuña B. Hipólito Unanue. Ensayo biográfico. Revista del Pacífico. 1861; 5: 143-56.
- Albano C. Memoria del Exmo. Señor Don Bernardo O'Higgins. Santiago de Chile: Imprenta de La Opinión; 1844. p. 82, 83, 139, 140.
- Orrego J. La contrarrevolución del virrey Abascal. Procesos. 2009; 29: 93-112.
- Vicuña B. La revolución de la independencia del Perú desde 1809 a 1819. Lima: Imprenta del Comercio; 1860. p. 108, 109.
- Mendiburu M. Diccionario histórico biográfico del Perú. Tomo III. Lima: Imprenta de J. Francisco Solís; 1878. p. 289, 296, 319, 320.
- Durand G. El Perú en las Cortes de Cádiz. Volumen 1, Tomo IV. Colección Documental de la Independencia del Perú. Lima: Artes Gráficas de Editorial Jurídica S.A.; 1974. p. XI-XXIV, 519-22.
- Álvarez R. Hipólito Unanue en Cádiz. Acta Med Peru. 2020; 37(4): 548-52. doi: 10.355663/amp.2020.374.1270
- Arias Schreiber J. Hipólito Unanue. Colección documental de la independencia del Perú. Tomo I. Los Ideólogos. Volumen 7. Lima: Editorial Jurídica S.A.; 1974. p. XIV, XXII, 37-40, 46-51, 54-68, 399-434.
- Álvarez R. Hipólito Unanue y el legado de la familia Landaburu. Segunda edición. Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú. Lima: Logargraf S.A.C.; 2018. p. 20, 65, 68, 95, 106-9, 183, 223, 237, 273.
- Gargurevich J. Hacia la búsqueda del verdadero Hipólito Unanue. Escritura y Pensamiento. 2003; 6(13): 9-28.
- Pamo O. La magia de Unanue según la magia del doctor Uriel García. Rev Soc Peru Med Interna. 2011; 24(2): 90-101.
- Unanue H. Observaciones sobre el clima de Lima, y sus influencias en los animales organizados, en especial el hombre. 2da ed. Madrid: Imprenta de Sancha; 1815. p. 3-7, 9.
- Guibovich P. Unanue y la inquisición de Lima. Histórica. 1988; 12(1): 49-59.
- García U. La magia de Unanue. Lima: Litho & Arte SAC; 2010. p. 68, 76, 77.
- Lastres J. Historia de la Medicina Peruana. Volumen III. Lima: Imprenta Santa María; 1951. p. 38, 35, 39, 43, 45-55.
- Dager J. Hipólito Unanue o el cambio en la continuidad. Primera edición. Convenio Hipólito Unanue. Lima: I&D Topographic EIRL; 2000. p. 14-16, 22-24, 27-30, 37-56, 61-68, 111, 120, 125-133, 147-151.
- Peset M. La Constitución de Cádiz en América: Apatzigan 1814. Corts. 2012;(26):113-41.
- Odrizola M. Documentos históricos del Perú en las épocas del coloniaje después de la conquista y de la independencia hasta la presente. Tomo II. Lima: Imprenta del Estado; 1872. p. 42.
- Mendiburu M. Diccionario Histórico Biográfico del Perú. Tomo séptimo. Lima: Imprenta Bolognesi; 1887. p. 160.
- Salaverry O. Las "observaciones sobre el clima de Lima" (1806) de Hipólito Unanue como topografía ilustrada [Tesis Doctoral]. Salamanca, España: Departamento de Ciencias Biomédicas y del Diagnóstico, Universidad de Salamanca; 2016. 51 p.
- Ortemberg P. La entrada de José de San Martín en Lima y la proclamación del 28 de julio: la negociación simbólica de la transición. Histórica. 2009; 33(2): 65-108.
- Vargas Ugarte R. Historia General del Perú. Tomo VI. Barcelona: I. G. Seix y Barral Hermanos S.A.; 1966. p. 32, 79, 80, 111, 151, 155, 172-175, 179, 239, 287, 301, 304, 375.
- Mendiburu M. Diccionario histórico biográfico del Perú. Tomo VIII. Lima: Imprenta de Torres Aguirre; 1890. p. 158-161.
- Quirós M. Colección de leyes, decretos y órdenes publicadas en el Perú desde su independencia en el año 1821 hasta el 31 de diciembre de 1830. Tomo I. Lima: Imprenta de José Masías; 1831. p. 16, 59, 60, 96, 97.
- Seiner L. Hipólito Unanue, primer ministro de economía del Perú (1821-1823). Review of Global Management. 2018; 4(2): 116-8.
- Yábar F. Monedas fiduciarias del Perú 1822-1990. Lima: Editora impresora Amarilys EIRL; 2001. p. 49-98.
- Álvarez R. José de Boqui. Primer director de la Casa de Moneda de Lima. Lima: Talleres gráficos de Dennis Morzán Delgado; 2001. p. 16-29.
- Haro D. La política monetaria de San Martín en el Perú: papel por una plata ausente. Revista de Indias. 2011; 71(253): 793-823.
- Mitre B. Historia de San Martín y de la emancipación sud americana. Tomo tercero. Buenos Aires: Imprenta de La Nación; 1888. p. 61-79, 127-150.
- Neyra H. Hipólito Unanue y el nacimiento de la Patria. Lima: Talleres gráficos de P. L. Villanueva S.A.; 1967. p. 142, 144.
- Cochrane T. Memorias de Lord Cochrane. París: Imprenta de Eduardo Blot; 1863. p. 147, 148, 188.
- Salinas A. Cuatros y billetes, crisis monetaria peruana 1821-1879. 1ra edición. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006. p. 15-24.
- El Banco Central: su historia y la economía del Perú 1821-1992. Tomo I. 1ra edición. Lima: Quebecor Perú; 1999. p. 4-7.
- Unanue H. Cuadro histórico de la revolución del Perú, desde la entrada en Lima del General San Martín hasta la pérdida del Callao, en 5 de febrero de 1824. Nuevo Día del Perú. 1824 Julio 1; p. 3.
- Pons Muzzo G. Hipólito Unanue y la Asamblea Constituyente. Fanal. 1955; 11(44): 23-7.
- Lastres J. La cultura peruana y la obra de los médicos en la emancipación. Lima: Editorial San Marcos; 1954. p. 90, 91, 312, 313.
- Unanue H. Exposición que al soberano Congreso del Perú, hizo sobre la hacienda pública el ministro de ella Dr. D. Hipólito Unanue en la sesión del día 23 de setiembre de 1822. Lima: Imprenta del Gobierno; 1822. p. 9-28.
- Valdizán H. La Facultad de Medicina de Lima. Tomo II. 2da edición. Lima: Sin pie de imprenta; 1927. p. 4, 6, 20, 36, 46, 47, 49-52, 56, 57.
- Enciclopedia biográfica e histórica del Perú. Tomo X. Bogotá: Panamericana formas e impresos S.A.; 1994. p. 49-51.
- Perazzo N. Sánchez Carrión y Unanue, ministros del Libertador. Caracas: Talleres Ávila Arte S.A.; 1975. p. 78, 80, 83, 130, 131, 158-161, 247, 250, 251.
- Unanue H. Concluye el cuadro histórico de la revolución del Perú. Nuevo Día del Perú. 1824 Julio 8; p. 2.
- Odrizola M. Documentos literarios del Perú en las épocas del coloniaje después de la conquista y de la independencia hasta la presente. Tomo VI. Lima: Imprenta del Estado; 1874. p. 214, 367-384.
- Galindo A. Las batallas de la libertad. París: Librería de Garnier hermanos; 1888. p. 183, 184.
- Alayza L. Unanue, San Martín y Bolívar. Lima: Librería e imprenta Gil S.A.; 1934. p. 7-9, 12, 13, 16, 17-20, 22, 23, 29-36, 44, 115-117, 123.
- Miller G. Memorias del general Guillermo Miller al servicio de la República del Perú. Tomo II. Madrid: Librería General de Victoriano Suárez; 1910. p. 217, 301, 302, 310-312, 314, 329, 332, 333.
- Morón J. Bolívar y su propuesta constitucional. Pensamiento Constitucional. 2000; 7(7): 435-501.
- Basadre J. Unanue. An Fac Med Lima. 1955; 38(3): 666-75.
- Vargas G. Unanue el sabio ariqueño. Lima: Imprenta Peruana de E. Z. Casanova; 1933. p. 126.



Escudo provisional del Perú decretado por el Generalísimo José de San Martín, el 21 de octubre de 1820.

Cayetano Heredia and his role in the modernization of Peruvian medicine

Cayetano Heredia y su rol en la modernización de la medicina peruana

Manuel Purizaca ^{1,a,b}

mpurizacab@unp.edu.pe

- ¹ Escuela de Medicina, Universidad Nacional de Piura
- ^a Médico cirujano especialista en gineco-obstetricia
- ^b Doctor en Medicina

Contribuciones de autoría:

El autor ha participado en la concepción y diseño del capítulo, recolección de información bibliográfica, redacción del manuscrito y revisión crítica del capítulo. Aprobó la versión final del capítulo y se hace responsable de los aspectos que integran el manuscrito.

Fuentes de financiamiento:

Este trabajo fue autofinanciado por los autores.

Declaración de conflictos de interés:

El autor declara no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

Autor corresponsal:

Manuel Purizaca

Dirección: Arequipa N° 1144 – Piura.

Teléfono celular: 969 - 991889.

Resumen

El presente artículo describe la fundación y evolución de la Universidad de San Marcos, luego la creación del Real Colegio Medicina y Cirugía de San Fernando, el Colegio de la Independencia y finalmente la fundación de la Facultad de Medicina de San Fernando. Posteriormente se presenta la trayectoria de Cayetano Heredia como estudiante hasta su titulación, su labor asistencial y académica, su trabajo como autoridad del Colegio de la Independencia y finalmente como decano de la Facultad de Medicina.

Palabras clave: Historia de la Medicina; Perú; Facultad de Medicina de San Fernando.

Abstract

This article describes the foundation and evolution of the University of San Marcos, then the creation of the Royal College of Medicine and Surgery of San Fernando, the College of Independence and finally the foundation of the School of Medicine of San Fernando. Then the trajectory of Cayetano Heredia as a student is presented until his degree, his care and academic work, his work as an authority of the College of Independence and finally as dean of the Faculty of Medicine.

Key words: History of Medicine; Peru; San Fernando Faculty of Medicine.

Introducción

La universidad de la Ciudad de los Reyes, denominación que por entonces se le daba a Lima, fue fundada gracias a la gestión del dominico fray Tomás de San Martín, quien consiguió que el rey Carlos I de España dictara la Real Cédula del 12 de mayo de 1551, que signada en Valladolid, estableció el Estudio General ^[1].

En dicho Estudio General se enseñaba gramática, dialéctica y retórica; aritmética, geometría, astronomía y música; conducentes al grado de bachiller, con una duración dos años ^[2,3]. El 20 de septiembre de 1574 en el local de San Marcelo, la universidad adopta la denominación de San Marcos, en memoria de aquel apóstol.

El virrey conde de Chinchón aprueba el dictado de las cátedras de Prima y Vísperas de Medicina, el 11 de octubre de 1634, iniciando oficialmente el estudio académico de esta profesión. A finales de 1691 se crea la cátedra de Método de Galeno y en 1711, la de Anatomía; en noviembre de 1792 por gestión de Hipólito Unanue, se inaugura el Anfiteatro Anatómico en el Hospital San Andrés. Además de la irregularidad en la marcha académica, la calidad de la enseñanza era deficiente, por esta razón, Unanue plantea en 1807 al virrey Fernando de Abascal, la creación de un Colegio de Medicina como en España, así los estudios médicos pasarían a este colegio y dejarían de dictarse en San Marcos.

El 9 de agosto de 1811, la Junta Superior Interina de Medicina y Cirugía de Cádiz aprueba, con algunas observaciones, la creación del Colegio de Medicina y Cirugía ^[4], que se denominó San Fernando en honor al virrey ^[2,4], aunque otras versiones señalan que fue en homenaje al rey Fernando VII, en aquellos momentos preso en poder de los franceses.

El 9 de mayo de 1815 por la Real Cédula signada por ese monarca, aquel establecimiento adquiere la categoría de Real Colegio ^[2,4]. Debido a la guerra por la emancipación tuvo un funcionamiento irregular; y desde el 27 de agosto de 1821 pasó a llamarse Colegio de la Independencia ^[5,6].

Luego de la emancipación, el Colegio pasó por una grave crisis debido a la inestabilidad y anarquía, ocasionados por la pugna entre los militares que pretendían hacerse del poder; dándose el caso que en algo más de veinte años se sucedieron hasta 53 gobernantes, diez congresos y cinco constituciones ^[7,8]. En 1838 hubo siete presidentes casi simultáneamente En el Colegio de la Independencia, en 33 meses se sucedieron cuatro rectores ^[7,8].

Cayetano Heredia: niñez, adolescencia y juventud

Nace el 5 de agosto de 1797, en Catacaos, Piura ^[2,9], y estudia primaria en la parroquia de su pueblo natal. Al terminar, viaja a Lima ingresando al Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando, el 22 de abril de 1813, a los 15 años de edad. Los dos primeros años realiza los estudios generales en la universidad, conducentes al grado de bachiller en Artes, grado que obtiene el 11 de marzo de 1823. En enero del mismo año el general José de La Mar, quien presidía la Suprema Junta Gubernativa, lo nombra disector de Anatomía ^[1,2,9,10] y, el grado de bachiller en Medicina lo obtiene el 14 de agosto de 1823.

El 16 de diciembre 1825 ante el jurado recita en latín el aforismo 31 de Hipócrates, luego de la réplica según reglamento, es aprobado quedando expedito para ser examinado por el Protomedicato. Este examen se realiza el 7 de agosto de 1826, otorgándole el título de profesor de Medicina, título que optaban los médicos en aquellos años ^[2,9,10].

Labor asistencial

Habiendo logrado su título profesional fue nombrado enfermero del Hospital Militar Santa Ana en 1827, trabajando al lado de Francisco Fuentes, cirujano mayor del Ejército ^[9]. Posteriormente es nombrado cirujano en jefe por el general Luis José de Orbegoso, siendo una de sus funciones acompañar al ejército en las diferentes campañas militares ^[7,9]. Uno de sus logros fue organizar la sanidad militar. En este periodo también desarrolla en forma exitosa su práctica privada, la misma que abandonó para dedicarse a tiempo completo a su labor académica ^[9].

Labor académica

En 1834 en medio de una severa crisis, el general Orbegoso lo nombra rector, equivalente a director, del Colegio de la Independencia que compartiría con su trabajo de médico militar; lo cual lo obligaba a ausentarse a menudo para supervisar los hospitales militares. Aún durante la

crisis que agobiaba al colegio, pudo sostenerlo hasta su renuncia en 1839 por razones de salud [1,2,5,11,12].

En diciembre de 1842 el general Vidal designa a Cayetano Heredia para un segundo periodo de rector del colegio, además nombra una comisión con el objetivo de proponer una reforma radical en su plan de estudios, pero la propuesta no se aplicó. En esta gestión el maestro consigue rentas, organiza la biblioteca dotándola de valiosos libros, crea los gabinetes de historia natural y de física, organiza el museo de patología; incorpora a los profesores Dounglas, Solari, Éboli, Ríos y Raimondi.

En 1845 asume la presidencia Ramón Castilla y ratifica al maestro como rector. En 1846 se nombra una comisión de quince personalidades para elaborar el proyecto del Reglamento de Instrucción Pública, que a su vez se dividió en tres subcomisiones: educación primaria, secundaria y superior; Cayetano Heredia presidió esta última, y los otros integrantes fueron Manuel Villarán y Antonio Arenas. En 1850 se promulga el reglamento, pero el gobierno que le sucedió en 1851 no lo aplicó. En este año el maestro envía a la Universidad de París a cinco jóvenes médicos para perfeccionarse; los elegidos fueron: José Casimiro Ulloa, Camilo Segura, José Pro, Francisco Rosas y Rafael Benavides, los gastos de viaje y estadía fueron asumidos por Heredia. El compromiso fue que al retorno se incorporen como profesores del colegio [5,10,11].

En enero de 1855, Castilla inicia su segundo mandato y el 7 abril de ese año promulga el Reglamento de Instrucción Pública que contemplaba la reforma de la Universidad de San Marcos, otorgándole el rango de Mayor y, las otras existentes y futuras en las demás ciudades del país serían Menores. Creó la Facultad de Medicina sobre la base del Colegio de la Independencia; además se crearon las Facultades de Jurisprudencia, Teología, Filosofía y Letras; y, Matemáticas y Ciencias Naturales. El reglamento orgánico de la Facultad de Medicina fue aprobado por el gobierno el 9 de setiembre de 1856; con este reglamento Cayetano Heredia instala la Facultad de Medicina el 6 de octubre de 1856, con los siguientes profesores fundadores:

Decano: José Cayetano Heredia

Profesores Titulares: José Éboli, Antonio Raimondi (italianos); Evaristo D'Ornellas (portugués); Rafael Benavides, Mariano Arosemena, Francisco Rosas, Casimiro Ulloa, José Pró, Camilo Segura y Rafael Grau (capacitados en Francia); José J. Bravo, Miguel de los Ríos, Julián Sandoval y Manuel Odriozola (egresados del Colegio de la Independencia). José Rodríguez (Farmacéutico)

Profesores auxiliares: Joaquín Andueza y José Zuleta

La Facultad de Medicina fue la primera que se instaló en San Marcos, la segunda fue la de Jurisprudencia en 1866, que tardó diez años por la oposición de los conservadores [13].

La Facultad de San Fernando estaría conformada por las escuelas de Medicina, Farmacia, Partos, Dentistas y Flebótomos. Mención especial merece la Escuela de Partos, que dio oportunidad a la mujer de acceder a la universidad; el título fue partera siendo las primeras tituladas Emilia Rambla, Mercedes Gonzales, Genara Baca, en 1858 [5]. En el caso de la Escuela de Medicina, el título fue doctor en medicina y cirugía [5,10], es decir incorporó la cirugía que había sido considerada un oficio subvalorado, propio de negros y mulatos. El reglamento interno de la Facultad aprobado por Cayetano Heredia, eliminó las restricciones que se aplicaban para el ingreso a la universidad desde el virreinato; la enseñanza sería gratuita [10].

Luego de su instalación empieza el auge de San Fernando sustentado en la calidad de los profesores quienes dieron numerosos aportes a la medicina y a la salud pública de aquella época.

Rol en la modernización de la Medicina Peruana

Ejerció la docencia a dedicación exclusiva en tres periodos de 1834 a 1839, de 1842 a setiembre de 1856, como rector del Colegio de la Independencia y; de octubre de 1856 a 1860 como decano de la Facultad de Medicina, en total 23 años.

Desde su segundo rectorado tenía claro que los estudios médicos necesitaban una reforma radical, objetivo que se logra en 1856 al instalarse la Facultad de Medicina. Según los expertos para una reforma de salud, primero debe realizarse la reforma de la educación médica. Fue lo que hizo Heredia [14-17].

Entre las medidas innovadoras y de impacto que posibilitaron la modernización de la medicina peruana, podemos mencionar: tomar como modelo la Escuela Médica de París, una de las mejores del mundo en aquellos años, lo que permitió una alta calidad de los titulados, priorizando el estudio clínico de los enfermos, además tomó como modelo su organización, biblioteca, museo, jardín botánico y el plan de estudios [1,2,4,7,10]; admisión en condiciones de igualdad para estudiantes de todas las razas y etnias y, no solamente para los criollos "con pureza de sangre" [1,2,5,9,10]; acceso de la mujer a la universidad y su posibilidad de obtener un título universitario, como sucedió con la escuela de partos [10]; adopción del positivismo científico, dejando de lado la escolástica que predominaba en San Marcos defendida por los conservadores [18-20]; incorporación de Profesores ilustrados, impregnados con las conquistas de la Revolución Francesa de libertad, igualdad y democracia [2,5,10]; incorporación de la cirugía a los estudios médicos; incorporación de la Farmacia a la Facultad de Medicina; incorporación del estudio de las plantas medicinales, creación del herbario y jardín botánico; incorporación de varones en la práctica de la obstetricia, siendo los pioneros Camilo Segura y Rafael Benavides capacitados en Francia, fueron profesores de la Escuela de Partos y también ejercieron en forma alternada la dirección de la misma; reforma en la atención de los enfermos mentales, asumiendo el liderazgo en este campo Casimiro Ulloa; realización de necropsias y avances en medicina legal; asesoramiento al gobierno en el campo

de la salud ya que no existía el Ministerio de Salud y el decano asumía este rol, como lo fue en el caso de las epidemias graves de fiebre amarilla y peste ^[9,10,20,21].

En 1860 la salud del maestro Cayetano se deteriora a consecuencia de una enfermedad respiratoria crónica y comunica al ministro que resuelva lo conveniente. En abril de 1861, se dirige al Ministro de Instrucción Pública en los siguientes términos: "...Acabo de recibir la apreciable nota de Usted, de fecha 4 de abril del actual, por la que se sirve comunicarme que el S.E, presidente de la República, en acuerdo a la fecha ha nombrado Decano de esta Facultad al D.D. Miguel de los Ríos...por lo cual procedo a entregar el cargo...". Terminaba así abruptamente la trayectoria brillante del más grande educador médico que ha tenido el país ^[5,10].

Su fallecimiento ocurrió el 10 de junio de 1861 ^[2], y motivó una reacción social afectiva de trascendencia nacional, expresada en los sentidos discursos pronunciados en el sepelio. Trascibimos un párrafo de las expresiones de Casimiro Ulloa: "...la losa de una tumba va a cubrir para siempre los restos del que ayer nomás llamábamos Padre muchos de nosotros, al que otros apellidaron Maestro y al que un número no menos considerable de vosotros llamó su benefactor o su amigo querido. El duelo que por su muerte llevan nuestros corazones, lo lleva también la sociedad entera a quien el ilustre difunto prestó tales servicios que harán eterna su memoria en el Perú..."

Cayetano Heredia debe ser recordado como el fundador de la Escuela Médica Peruana.

ORCID

Manuel Purizaca, <https://orcid.org/0000-0001-8646-6554>

Referencias bibliográficas

1. Delgado G. Historia de la Enseñanza Médica en el Perú. 1ra. Ed. Fondo Editorial de la UNMSM. 2008. p. 20-24, 257-289, 304-447.
2. Paz Soldán. Heredia y sus Discípulos. 1ª ed. Lima: Editorial de la UNMSM; 1956. p. 45-55, 61-68, 140-146, 154-163.
3. Divar J. Orígenes de la Universidad en España: Palencia. El Studium Generale de Palencia (siglos XII y XIII). Del Estudio General a la Universidad. Boletín de la Asociación Internacional de Derecho Cooperativo. 2008; 42: 187-194.
4. Lastres J. El Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando. En: Eguiguren L. La Universidad Nacional Mayor de San Marcos. IV Centenario de la Fundación de la Universidad Real y Pontificia y de su vigorosa continuidad histórica. Lima: Imprenta Santa María; 1950. p. 76-83.
5. Zárate E. Cayetano Heredia: el organizador. En: Los inicios de la escuela de medicina de Lima. Lima: ANR; 2004. p. 86-137.
6. Zavala A. El Protomedicato en el Perú. 1ª Edición. Lima: Grafimag S.R.L. 2008.
7. Paz-Soldán C. Heredia y sus discípulos. Instituto de Medicina Social. Lima: Editorial de la UNMSM; 1956. p. 55-60.
8. Bustíos C. Cuatrocientos años de la Salud Pública en el Perú: 1533-1933. Lima: Fondo Editorial de la UNMSM; 2004. p. 210-212.
9. Lastres J. Historia de la Medicina Peruana. Tomo III. Imprenta Santa María: 1951. p. 201-210, 245-256
10. Purizaca M. José Cayetano Heredia: vida y obra. Lima: Editorial Logarraf S.A.C; 2016. p. 17-26, 31-139.
11. Salaverry O. El inicio de la educación médica moderna en el Perú. La creación de la Facultad de Medicina de San Fernando. Acta Med Perú. 2006; 23(2): 122-131.
12. Bustíos C. Notas sobre la educación médica en el Perú. Primera parte: 1568-1933. Acta Med Perú; 2003; 20(2): 94-103.
13. Mac-Lean R. El libertador Mariscal Castilla. Lima: Imprenta de la Escuela Militar de Chorrillos; 1951. p. 91-103.

14. Risco de Domínguez G. Educar por competencias a los profesionales de la salud para transformar la salud. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2014; 31(3): 413-416.
15. Frenk J, Chen L, Bhutta Z, Cohen j, Crisp N, Evans T. Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. Educación Médica. 2015; 16(1): 9-16.
16. Uceda del Campo J. Reforma de la educación médica en el Perú. Rev. Soc. Peruana Med. Interna. 2016; 29(4): 156-162
17. Gonzáles-Montero M, Lara-Gallardo P, Gonzales-Martínez P. Modelos educativos en medicina y su evolución histórica. Rev Esp Med Quir. 2015; 20: 256-26.
18. Arias-Stella J. De San Fernando a Cayetano Heredia: homenaje al Alma Mater de la Medicina Peruana. Acta Herediana. 2011; (48): 55-65
19. Garfias M. La formación de la universidad moderna en el Perú [Tesis de licenciatura en Historia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
20. Cueto M. Excelencia científica en la periferia. Primera edición. Editorial: tarea, Asociación Gráfica Educativa; 1989. p. 51-81.
21. Salaverry O. José Casimiro Ulloa Bucelo (1829-1891), el paladín del gremio médico. Rev. Perú. Med Exp Salud Publica. 2010; 27(4): 638-44.

Peru and Ecuador linked through the centuries by the history of health

Perú y Ecuador enlazados a través de los siglos por la historia de la salud

Ricardo Iván Álvarez-Carrasco^{1,2,3,a}

ralvarezcarrasco@yahoo.com



Anverso de la moneda de 8 Reales, conocida como el Peso del Perú Libre, que presenta el escudo provisional del Perú decretado por José de San Martín. Acuñada en la Casa de Moneda de Lima, 1823.

- ¹ Instituto Nacional Materno Perinatal.
- ² Academia Panamericana de Historia de la Medicina.
- ³ Asociación Médica Peruana de Patología Clínica
- ^a Médico cirujano especialista en Patología Clínica

Contribuciones de autoría:

El autor ha desarrollado todas las etapas de la investigación.

Fuentes de financiamiento:

El autor ha financiado íntegramente todas las etapas de esta investigación.

Declaración de conflictos de interés:

El autor declara no tener cualquier relación, condición o circunstancia que pueda reducir la objetividad en la interpretación del artículo; la cual puede ser económica o institucional (consultorías, becas, pagos por viajes, viáticos, etc.).

Autor corresponsal:

Ricardo Iván Álvarez Carrasco

Dirección: Jirón Junín N° 238,

departamento 505, Magdalena del Mar

Teléfono Celular: 950 - 830526

Resumen

El Perú y Ecuador estuvieron confrontados por un diferendo limítrofe, desde el inicio de la existencia como naciones independientes, el cual perduró por más de ciento setenta años, sin embargo, ello no impidió que mantuvieran estrechos lazos, entre otros, en la esfera de la salud, que se remontaban desde la época precolombina y que no sólo persistieron, sino que se fortalecieron durante los largos años del mencionado desacuerdo territorial, siendo Daniel Alcides Carrión García y Francisco Javier Eugenio de Santa Cruz y Espejo el zenit de esta antigua relación. El objetivo de este artículo es narrar la manera cómo ambos pueblos, y en especial aquellos que abrazaron las profesiones de salud, fueron capaces de prevalecer sobre los recelos del nacionalismo y la política, y así escribir una rica y singular historia en común.

Palabras Clave: Historia de la medicina, Ecuador, Perú, quina, Daniel Alcides Carrión.

Abstract

Peru and Ecuador were confronted by a border dispute, from the beginning of their existence as independent nations, which lasted for more of one hundred and seventy years, however, this did not prevent them from maintaining close ties, among others, in the sphere of health, which went back to pre-Columbian times and which not only persisted, but also strengthened during the long years of the aforementioned territorial disagreement, with Daniel Alcides Carrión García and Francisco Javier Eugenio de Santa Cruz y Espejo being the zenith of this ancient relationship. The objective of this article is to narrate the way in which both peoples, and especially those who embraced the health professions, were able to prevail over the misgivings of nationalism and politics, and thus write a rich and unique history in common.

Keywords: *History of medicine, Ecuador, Peru, quine, Daniel Alcides Carrión.*

Introducción

Los diferendos fronterizos entre los antiguos dominios españoles de la América meridional, ocurridos desde los primeros años de la independencia, tuvieron su origen en los cambios de las demarcaciones políticas establecidos por la Corona y las autoridades virreinales, algunos de ellos sin la precisión cartográfica necesaria o por la discusión en cuanto a su validez.

El Perú y Ecuador no fueron la excepción, sostuvieron una prolongada disputa territorial que tuvo su episodio más álgido en el conflicto de 1941 y que perduró hasta el 26 de octubre de 1998, cuando se firmó el Acta de Brasilia, no obstante, antes, durante y después de aquel conflicto, compartieron, en el ámbito de la salud, personajes, lugares y episodios, que fortalecieron sus vínculos afectivos y médico científicos.

Época precolombina

Lastres, mencionando al médico e historiador ecuatoriano Gualberto Arcos, refiere que en el siglo XIV las fiebres tercianas que hacían estragos en las huestes del inca Pachacútec fueron combatidas con el macerado de la corteza de la quina, que también conocían y utilizaban los indios Paltas y Zaraguras, tribus que habitaban en el actual Ecuador ^[1].

Hipólito Ruíz López, sabio español que dirigió la expedición botánica al virreinato del Perú y la capitania general de Chile (1777-1788), también era de la idea que los indios de Loja, tuvieron

nociones sobre las virtudes curativas de la quina o cascarilla, muchos años antes que los españoles conquistaran el Perú ^[1].

Casi un cuarto de siglo antes de su llegada a Quito, los españoles se habían asentado en la costa del pacífico panameño, por lo que se presume que las epidemias se adelantaron a los conquistadores del Perú, debido al importante comercio que existía entre los habitantes de Mesoamérica y el norte de la América meridional ^[2].

Hacia 1525, el inca Huayna Cápac sucumbía en Quito, en los confines norteños de sus dominios, probablemente de viruela ^[3], perecieron también muchos de sus parientes cercanos y cuadros del gobierno; esta y otras plagas diezmaron a la población, causando un caos fácil de imaginar, en desmedro de la gobernabilidad del imperio ^[4].

El cronista Miguel Cabello Balboa, alrededor de 1580, habló con gente que conoció a Huayna Cápac en su niñez y juventud, consignando que “Encontrándose satisfecho en la isla de Puná y habiendo participado de sus vicios y sus atractivos, recibió malas noticias del Cusco, donde le avisaban que reinaba una peste general y cruel, de que habían muerto Auqui-Topa-Inga, su hermano, y Apoc Illiaquita, su tío, a los cuales había dejado como gobernantes, al partir, Mama Toca, su hermana, y otros principales señores de su familia habían muerto de la misma manera” ^[5].

Esta contingencia sanitaria produjo la división del imperio entre sus hijos, Huáscar, originario del Cusco, y Atahualpa, quien era heredero del reino de Quito ^[6], que finalmente fue la causa de una cruenta guerra civil, que se decantó en favor de este último, poco antes de la llegada de los conquistadores españoles, que gracias a ello vieron facilitados grandemente sus propósitos, más allá de la superioridad de sus armas; el uso atemorizante del caballo, animal desconocido en la América precolombina; y las enfermedades infectocontagiosas que trajeron los europeos y asolaron a los pobladores del Tahuantinsuyo.

Época de la Conquista y la Colonia

El 10 de marzo de 1526 se firmó el contrato para conquistar el Perú, suscrito por Hernando de Luque, sirviendo de testigos tres ciudadanos respetables de Panamá, uno de los cuales firmó por Francisco Pizarro y otro por Diego Almagro, pues ninguno de los dos sabía escribir su propio nombre ^[7]. En virtud de ello, Pizarro emprendió expediciones por el litoral de las actuales repúblicas de Colombia y Ecuador; en 1531, llegado con sus huestes al pueblo de Coaqué, en la actual provincia ecuatoriana de Manabí, fueron atacados por el mal de verrugas, como describieron los cronistas españoles, sin embargo, este brote no es identificable etiológica, ni epidemiológicamente con la verruga peruana ^[8].

La Real Universidad de San Marcos de Lima, decana de América, fundada por la Real Cédula del 12 de mayo de 1551, y donde se enseñó la medicina por primera vez en el Perú, en algún

momento fue sostenida, entre otros aportes, por los novenos decimales provenientes de las iglesias de Quito ^[9].

En 1570, se estableció el Tribunal del Protomedicato en el virreinato del Perú ^[10], con jurisdicción en los territorios del actual Ecuador, al que envió médicos y cirujanos que ejercieron en Quito y Guayaquil, entre ellos el bachiller Diego de Herrera quien, portando el título de protomédico, se presentó ante el cabildo de Quito, en 1694 ^[11,12].

Fernando Torres y Portugal, sétimo virrey del Perú (1585 a 1589), fue una de las pocas autoridades coloniales que se preocupó por la suerte de los nativos de ambos países, frente a los azotes de las epidemias, como atestigua la carta que le escribió a Felipe II, donde narra que los naturales de la provincia de Quito morían por las epidemias de viruela y sarampión, que luego se extendieron con furia a Loja, Paita y Trujillo; prometiendo tenerlo informado de lo que sucedería en adelante ^[2].

En 1590, en Tucumán, fray Reginaldo de Lizárraga, cuyo verdadero nombre era Baltasar de Obando, refirió las virtudes antipalúdicas de la quina ^[13], siendo probablemente la primera noticia de tal efecto terapéutico proveniente de un occidental. En la década de 1630, en el pueblo de Malacatos, en la jurisdicción de Loja -Audiencia de Quito-, sacerdotes jesuitas conocieron dicho secreto terapéutico, que le enseñó el cacique aborígen Pedro de Leiva ^[14]; en 1636, Juan López de Cañizares, corregidor de Loja (1637 a 1643), experimentó sus beneficios en sí mismo ^[15].

Sea por el corregidor o los jesuitas, la quina llegó a Lima y se tejió la leyenda que había salvado la vida de Francisca Henríquez de Rivera, esposa de Luis Jerónimo Fernández de Cabrera, conde de Chinchón y virrey del Perú (1629 a 1639), aunque investigaciones posteriores han demostrado que aquella gozó, en general, de buena salud mientras vivió en Lima ^[16].

Este episodio hizo que por primera vez se revalorara el conocimiento médico de nuestros ancestros, y desde entonces la quina se exportó, primero a España y luego al resto de Europa, donde se le conoció como los polvos de los jesuitas, polvos de la condesa o polvos del cardenal ^[16]. Ello provocó la depredación de los árboles existentes en Loja, donde se creía estaba la variedad más eficaz, y a falta de estos, se explotó otras especies semejantes, que carecían del mismo efecto, lo que ocasionó un inmerecido y temporal desprestigio de la quina, ante los ojos de algunos facultativos del Viejo Mundo ^[17], que luego fue aclarado, quedando en pie sus genuinas virtudes.

Los jesuitas monopolizaron la mayor parte del comercio de la quina, desde América hacia Europa; sus farmacias cooperaron entre sí, formando una red por todo el mundo, cuyo centro era la farmacia del Colegio Romano, situado en Roma, a la que llegaba la corteza suministrada predominantemente desde Lima y Loja ^[14].

Fray Martín de Porras (n.1579-m.1639), elevado a los altares por el Papa Juan XXIII, ejerció durante largos años como cirujano romancista ^[18], habiendo vivido parte de su infancia en

Guayaquil, donde viajó junto a su padre Juan de Porras, y allí aprendió a leer y escribir ^[19]. Su habilidad como cirujano y curador de enfermos no es muy conocida hasta nuestros días, debido a que su vida mística eclipsó completamente el arte que aprendió desde muy tierna edad, sin embargo, sus biógrafos presentan testimonios que indican que no solo ejerció la función de cirujano, sino que la ejecutó de una manera efectiva y singular ^[18].

El doctor Francisco Javier Ruíz Ponce, quien ejerció en Guayaquil, tuvo el mérito de estudiar medicina por sí mismo. A raíz de la prohibición para ejercer como curandero en 1749, obtuvo el bachillerato y el doctorado en la Real Universidad de Santo Tomás de Quito, para más tarde obtener el cargo de Teniente de Protomédico otorgado por el Protomedicato de Lima ^[12].

En la Ciudad de los Reyes, el 19 de octubre de 1749, sucedía un hecho poco común, Joaquín de Rivera, mejor conocido con los alias de Antonio de Orza y Joaquín Paz y Miño, natural de la ciudad de San Francisco de Quito, pintor que luego ejerció como boticario en Lima, era seriamente castigado por el Tribunal del Santo Oficio, en este caso no por herejía o ateísmo, como era lo usual, sino por sus flaquezas “por el sexo débil”, habiéndosele demostrado la acusación de poligamia ^[8].

La expedición que dirigió el doctor Francisco Javier de Balmis, a través del grupo conducido por José Salvany, difundiría la vacuna jennericiana contra la viruela en la Audiencia de Quito, a partir de 1805, y a continuación en el virreinato del Perú, que por entonces tenía al puerto de Guayaquil bajo su jurisdicción ^[3].

En 1808, en las postrimerías de la dominación española, se fundó en Lima el Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando, gracias al empeño científico del doctor José Hipólito Unanue y Pavón, quien contó con la valiosa ayuda del virrey José Fernando de Abascal ^[20]. Este nuevo plantel absorbió las rentas y las cuatro cátedras médicas que se dictaban hasta entonces en la Real Universidad de San Marcos.

El flamante colegio se convertiría en la Alma Mater de varios jóvenes ecuatorianos, mayormente provenientes de Guayaquil, que desfilaron por sus aulas hasta fines del siglo XIX; probablemente la buena calidad de la enseñanza, que le dio rápida fama, resultó fundamental para atraerlos a la ciudad de Lima, pero también porque la instrucción galénica en la Audiencia de Quito languidecía por entonces, a pesar que se había fundado una escuela que databa de 1693 ^[21], y luego, en 1788, se instauró la cátedra de prima de medicina en la Real Universidad de Santo Tomás de Aquino, que fue dictada por el doctor Bernardo Delgado, quien lo hizo de manera gratuita y hasta su fallecimiento, lo que provocó una nueva etapa de decadencia entre 1805 y 1815 ^[22].

En 1814, los hermanos guayaquileños José Eugenio y Francisco Santiago Mascote Aguirre llegaron a la capital del virreinato del Perú, para estudiar en San Fernando ^[9]. En 1819, José Eugenio Mascote (n.1794-m.1859) obtuvo los grados de médico y cirujano ^[9], que por entonces

eran dos profesiones diferentes; en 1820, regresó a Guayaquil, donde fue el último protomédico colonial y el primero de la vida independiente ^[23].

Entre tanto, en 1816, el doctor Juan Manuel de la Gala, médico peruano nacido en Arequipa, alrededor de 1780 y uno de los primeros graduados en San Fernando ^[24] se hallaba en Quito, donde convalidó su grado de licenciado en medicina, y se le encargó provisionalmente la cátedra de prima de medicina ^[22]. De la Gala estudió inicialmente latinidad, retórica, filosofía y teología en el Seminario de San Gerónimo de su tierra natal; tras instruirse en San Fernando, bajo la dirección del doctor Unanue, alcanzó el bachillerato de medicina en 1812, y el 19 de diciembre de 1814 dio examen ante el Tribunal del Protomedicato de Lima, obteniendo el título de médico ^[24].

En 1818, el cabildo de Quito solicitó al virrey de la Nueva Granada que se le nombrara protomédico, aunque este cargo no le fue conferido formalmente, en la práctica ejerció tal función; en 1821, ganó las oposiciones de la cátedra de prima medicina, que ejercía desde 1816, y el 26 de octubre de 1827, se le eligió director fundador de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Distrito Sur ^[22], antecedente de la Universidad Central del Ecuador.

Entre los primeros maestros de esta facultad figuraba el francés Abel Victorino Brandin, quien ejerció como catedrático propietario de Patología, desde 1828 ^[22]; dicho personaje, el año anterior, había publicado fugazmente en Lima los Anales Medicales, la primera revista médica editada en el Perú ^[25], cuyo primer número apareció el jueves 9 de agosto de 1827 ^[26], además, introdujo en ambas naciones el uso del sulfato de quinina ^[23].

Época de la lucha por la Independencia

El doctor Francisco Javier Eugenio de Santa Cruz y Espejo (n.1747-m.1795), prócer de la independencia de Ecuador, quien era médico, científico e historiador, fue hijo de Luís Chusig, indio nativo de Cajamarca, virreinato del Perú, y de María Catalina Aldaz ^[27]. El apellido Espejo fue adoptado tardíamente por su padre, y el Santa Cruz provenía de la devoción cristiana ^[28].

¿Cómo llegó este indio cajamarquino a la capital de la Real Audiencia de Quito?, todo comenzó en 1703, cuando Francisco López del Castillo, presidente de aquella audiencia, solicitó a Melchor Portocarrero Lasso de la Vega, vigésimo tercer virrey del Perú (1689 a 1705), la autorización para la venida de los sacerdotes de la orden de los Bethletmitas, con el fin que administraran el Hospital de la Santa Caridad y Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo, cuya fundación databa de 1565, y que dichos religiosos rebautizarían como San Juan de Dios ^[29].

En 1707, arribó el sacerdote Joseph del Rosario, proveniente del Perú, quien estaría encargado de dirigir el nosocomio, con él trajo a un paje de cámara, que era el padre del prócer, que apenas tenía 16 años, y debido al reducido personal asistencial, comenzó a participar en la atención de los enfermos indígenas y luego de los españoles, adquiriendo gran habilidad como cirujano,

a la par de efectuar peritajes médicos para la justicia ^[27], es así, como se convirtió en el primer maestro de su hijo, que gracias a sus grandes dotes, acrecentaría su instrucción en las diversas instituciones académicas oficiales que existían en la ciudad ^[30].

El doctor Espejo es por pleno derecho una de las figuras más importantes de la historia de Ecuador, tanto a nivel simbólico como factual y práctico, al punto que los únicos personajes que han recibido mayor atención en la historiografía ecuatoriana han sido Gabriel García Moreno y Eloy Alfaro ^[30], ambos presidentes de la república.

Otro precursor de la emancipación ecuatoriana que tuvo relación con el Perú, fue José de Cuero y Caicedo (n.1735-m.1815), XXV obispo de Quito, quien, en 1810, presidió la junta superior de gobierno de Quito que convocó al primer Congreso Constituyente, siendo luego perseguido y desterrado a España. Durante el trascurso del viaje enfermó gravemente, al extremo que debió ser desembarcado en el Callao, siendo trasladado poco después al Hospital Real de San Andrés en Lima, establecimiento dedicado al auxilio de los varones españoles ^[31].

Hallándose postrado por la enfermedad, la Audiencia de Lima le abrió proceso por alta traición, siendo representado por Ignacio Alonso de Velasco, quien el 23 de agosto de 1815, en la calidad de su apoderado general, expuso y basó la defensa en doce preguntas que hizo a cada uno de los testigos que presentó ante los jueces, entre los que destacaban José Alejo de Abadía, capellán del Hospital de Bellavista; José Mariano del Rosario, sacerdote de la orden hospitalaria betlemita; Joaquín de la Santísima Trinidad, clérigo de la misma orden, y Martín Rodríguez Plaza, subdelegado de Marina del departamento de Guayaquil, entre otros, según figura en el expediente de la causa.

Al final de dicho expediente se incluyó una carta de puño y letra de Cuero y Caicedo, fechada el 13 de octubre de aquel año, en que solicitaba ayuda a Joaquín de Mosquera y Figueroa, su amigo, pariente y paisano, que por entonces ocupaba la secretaría de cámara del Consejo Supremo de Indias, culpando de su desgracia a las intrigas del presidente de Quito y señalando que estaría en la indigencia, de no haber mediado los 500 pesos que le libró Andrés Reboledo, mercader de la ciudad de Lima, según figura en el mencionado legajo.

Casi dos meses después, el 10 de diciembre de 1815, falleció el obispo, quedando sepultado en la catacumba del Hospital Real de San Andrés, hasta el 24 de febrero de 2016, cuando el gobierno peruano, a solicitud de su par ecuatoriano, entregó sus restos para que fueran repatriados, poco después del bicentenario de su muerte. Fue inhumado en la cripta de la catedral metropolitana de Quito, junto a Antonio José de Sucre y Carlos de Montufar.

Época de la República

El antes mencionado Francisco Santiago Mascote Aguirre (n.1796-m.1864), al igual que su hermano José Eugenio, se graduó de médico en San Fernando, y en los comienzos de la república,

como miembro del claustro sanfernandino, juró obediencia al primer Congreso Constituyente de 1822; en agosto de 1854, estaría entre los fundadores de la Sociedad de Medicina de Lima ^[9], la primera entidad científica que agrupó a los médicos peruanos; falleció en Lima, en 1864 ^[24].

En 1827 llegaba a Lima el joven guayaquileño José Julián Bravo Durand (n.1810-m.1878), que ese mismo año ingresó al Colegio de la Independencia, nombre que había tomado el Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando desde 1821, y con el tiempo, gracias a sus excepcionales dotes, alcanzaría gran notoriedad, así en 1832, se le designó vicerrector del plantel, donde ejercería diversas cátedras ^[24] y en 1856 estuvo entre los profesores fundadores de la Facultad de Medicina de San Fernando, donde fue el primer catedrático de Medicina Legal y Toxicología ^[32]. En 1854 figuró entre los fundadores de la Sociedad de Medicina de Lima, siendo su presidente en 1876 ^[33].

En los primeros años de la naciente República del Ecuador, fundada apenas en 1830, se hizo evidente la carencia de una escuela que enseñara el arte de la obstetricia, y al igual que en otros países de América Latina, los médicos solían desdeñarla y pensar que su ejercicio era degradante para un facultativo ^[22]. En 1835, el Tribunal de la Facultad de Medicina de Quito, acordó revalidar los títulos de las matronas que habiendo estudiado en otros países, y aprobaran el examen general de obstetricia, quedarían libres para ejercer dicha profesión en el territorio nacional ^[22].

En 1838, el presidente ecuatoriano Vicente Rocafuerte contrató a la matrona peruana Cipriana Dueñas de Casaneuve, antigua alumna de Benita Paulina Cadeau de Fessel, fundadora de la Casa de Maternidad de Lima, para que dirigiera la primera Escuela de Obstetrices en Quito, según el modelo limeño ^[34].

La Casa de Maternidad de Lima, luego llamado Hospital de Maternidad y actualmente Instituto Nacional Materno Perinatal, se había fundado por decreto del 10 de octubre de 1826, inspirado por el doctor José Hipólito Unanue; siendo la primera institución dedicada exclusivamente a la obstetricia de América Latina, entre cuyas primeras alumnas estuvieron Cipriana Dueñas y Juana Reyes ^[35], esta última llevó dicho modelo a La Paz, Bolivia ^[34].

El 19 de abril de 1839, durante el gobierno de Juan José Flores, se expidió el decreto que ratificó el establecimiento de la Escuela de Obstetrices, situada en una casa que había sido cuartel, entre las calles Espejo y Bolivia, hoy Flores, frente a las Monjas de Santa Catalina ^[36]. El 1 de mayo de aquel año, el Tribunal de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador examinó y aprobó a Dueñas, que de esta manera, no sólo quedó expedita para practicar la obstetricia, sino también para enseñar, examinar y certificar a las estudiantes de dicha profesión ^[22].

Entre sus primeras alumnas estuvo Dominga Bonilla, quien tras un año y ocho meses de estudios, se presentó al examen de grado, el 21 de julio de 1841, ante el jurado que conformaron los doctores Manuel Espinosa, Miguel Vergara y Carlos Andrade, quienes le “preguntaron cada uno diez minutos, tiempo suficiente para completar la media hora que exige el reglamento; después

se redujo la votación secreta de la que resultó aprobada con 3 AAA. Se procedió inmediatamente a tomarle el juramento de estilo y el señor presidente la hizo reconocer profesora” ^[22]. De esta manera, la señora Bonilla se convirtió en la primera partera ecuatoriana titulada.

En 1842, el doctor José Eugenio Mascote, que como hemos referido se graduó en San Fernando, tuvo un papel preponderante en el combate de la epidemia de fiebre amarilla que asoló Guayaquil ^[37], siendo particularmente significativa su asistencia a los enfermos en la parroquia rural de El Morro ^[38].

En estas dramáticas circunstancias, el general Luís José de Orbegoso, presidente del Perú -1833 a 1836- y luego del Estado Nor Peruano -1837 a 1838-, se hallaba exiliado en aquel puerto, quien, según el relato de Miranda “estuvo lo más próximo que se puede estar a la muerte sin morir; y que las circunstancias de su repentina mejoría, de la que se hablaba como de una resurrección, han dado bastante motivo a creer que, poco obró el arte en su favor y que todo el costo lo hizo la naturaleza en uno de aquellos esfuerzos, que pueden llamarse milagros naturales” ^[38].

Desde mediados del siglo XIX, Ecuador estuvo ligado a las dos grandes epidemias de fiebre amarilla que asolaron el Perú; en 1852, el mosquito *Aedes aegypti*, vector de esta patología y el dengue, se halló por primera vez en el Perú, ingresando por la frontera norte proveniente de la región de Guayaquil, y a partir de entonces se extendió a lo largo de la costa, hasta llegar a Lima y Callao ^[39] donde, en 1854, se produjo el primer brote epidémico ^[40].

En 1867 llegaron noticias de un nuevo brote en Guayaquil, el gobierno peruano tomó severas medidas sanitarias con las naves que llegaban de esa procedencia al Callao, pero no pudo evitar que se produjera una terrible epidemia, la más devastadora de la historia republicana ^[40].

Ello se debió a que no se tomaron las mismas precauciones con los barcos que arribaban de Panamá, aunque antes hubieran partido o tocado Guayaquil, y a que no se dispuso ninguna restricción en los otros puertos peruanos del litoral norte, que mantenían relación de cabotaje con Guayaquil, así, en enero de 1868, aparecieron los primeros casos en Trujillo, en febrero ocurrió lo mismo en el Callao, y a mediados de marzo, se hizo epidémica en Lima ^[40].

En 1866, poco antes de este triste episodio, el joven guayaquileño Pedro José Boloña Roca (n.1850-m.1898) iniciaba sus estudios de medicina en San Fernando ^[33], semanas después, el 2 de mayo de aquel año, sentó plaza durante el combate del Callao contra la escuadra española ^[12]. En 1873 obtuvo el título de médico ^[33], retornando a su ciudad natal; en 1877 sería convocado por Francisco Campos Coello, junto con Alejo Lascano Bahamonde y otras personalidades, para crear la Facultad de Medicina en la universidad de aquella ciudad, en la que fue catedrático de Filosofía y Partos, y finalmente decano, entre 1888 y 1891; falleció en Lima, en 1898 ^[41].

En 1869, el joven quiteño César Borja Lavayen (n.1851-m.1910) arribó a Lima e ingresó a San Fernando; en 1877 alcanzó el bachillerato con la tesis “La migración china un mal necesario de

evitar”^[33], una investigación inédita y trascendente, planteada desde la perspectiva social y médica dominante en aquella época, ya que entre 1849 y 1874 habían arribado al Perú cerca de 100,000 chinos, una cantidad solo superada por los Estados Unidos de América y Cuba^[42].

Allí describió la manera en que introdujeron la adicción al opio, instalando fumaderos que fueron numerosos en la zona de los Barrios Altos de Lima, en particular en el llamado Callejón Otayza, también refirió la forma en que indujeron a algunos peruanos hacia dicha adicción, en particular a las mujeres que cohabitaron con ellos, y finalmente relató los cuadros clínicos que presentaron los opiómanos que acudían a los nosocomios de la ciudad, en particular el Hospital Dos de Mayo^[43].

El mismo 1877 se trasladó a Guayaquil, donde fue uno de los fundadores de la Academia de Medicina del Guayas, y en 1893 hizo lo propio con la Gaceta Médica; ejerció la docencia en la Universidad de Guayaquil y en la Universidad Central de Ecuador, de la que llegó a ser rector; tuvo una agitada vida política, en 1883 fue diputado por la provincia del Guayas, pero sus ideas liberales lo enfrentaron al presidente José Caamaño y Gómez, que lo desterró a Costa Rica, donde permaneció hasta 1888; luego, en 1895, volvió a ser desterrado al mismo país, donde vivió por cinco años. Ejerció la alcaldía de Guayaquil entre 1903 y 1904, y durante el gobierno de Eloy Alfaro ocupó las carteras de Educación Pública (1908), Relaciones Exteriores (1908-1909) y Hacienda (1909); falleció en Guayaquil, el 31 de enero de 1910^[44].

El doctor Celso Bambarén Ramírez (n.1834-m.1897), afamado médico oriundo de Huaraz y considerado uno de los sabios de la medicina peruana del siglo XIX, formó parte de los maestros fundadores de la Facultad de Medicina de San Fernando en 1856, y ejerció la cátedra de Anatomía Descriptiva, con ciertos interregnos, entre 1856 y 1897^[45].

A pesar de tal notoriedad, en 1880, en plena Guerra del Pacífico -1879 a 1883-, era desterrado a Guayaquil, debido a su férrea oposición política al dictador Nicolás de Piérola, que poco antes había depuesto al general Mariano Ignacio Prado, presidente constitucional de la república; en aquel puerto ecuatoriano permaneció por cinco años, logrando una numerosa clientela e influyendo en la prensa local en favor de la causa peruana^[45].

Gracias a su cercanía afectiva con el Ecuador, Bambarén fue designado como su delegado en el Congreso Sanitario Americano, celebrado en Lima, entre 2 de enero y el 12 de marzo de 1888^[46], siendo elegido vicepresidente del evento; el secretario de dicha delegación fue el joven médico ecuatoriano Carlos Pimentel, quien se había graduado en San Fernando y posteriormente destacó en la medicina de su país^[47].

Otro joven ecuatoriano, el guayaquileño Juan Manuel Benítez Estrada (n.1860-m.1903), también estudió en la Facultad de Medicina de San Fernando, a la que ingresó en 1876^[33]; tres años después, en 1879, aun siendo estudiante, se inició la Guerra del Pacífico, en la que participó por el bando peruano durante la defensa de Lima, en enero de 1881, figurando como sanitario en las

batallas de San Juan y Miraflores^[12]. En 1884 se graduó con la tesis “De la transfusión de sangre”^[33], y en 1885 regresó a su ciudad natal, donde ejerció como catedrático de Patología Interna, médico militar y miembro del cuerpo de bomberos.

El 5 de octubre de 1885 falleció dramáticamente en Lima, el estudiante de medicina Daniel Alcides Carrión García (n.1857-m.1885) (Figura 1), como consecuencia del auto experimento que demostró la unidad etiológica de la fiebre de La Oroya y la verruga peruana, que hoy forman parte de la denominada enfermedad de Carrión. Estos procesos patológicos se habían descrito desde la época precolombina, fundamentalmente en la sierra del Perú y con menos frecuencia en la de Ecuador y Colombia, sin embargo, sólo adquirieron importancia para las autoridades políticas y la comunidad médica peruana cuando afectó a los trabajadores que construían el Ferrocarril Central, que uniría Lima con La Oroya.



Figura 1. Daniel Alcides Carrión García (n.1857-m.1885), héroe, mártir y maestro de la Medicina Peruana.

El difunto estudiante era hijo del médico y abogado lojano José Baltazar Carrión Torres (n.1814-m.1867), que llegó al Perú como exilado político, a causa de su adhesión al general Juan José Flores ^[23], y toda su ascendencia paterna procedía de la antigua Audiencia de Quito, en particular de la ciudad de Loja ^[48].

El sábado 12 de enero de 1867, cuando Daniel era aún niño, falleció don José Baltazar, en un trágico accidente ocurrido en el poblado de Huariaca, relativamente cerca de la ciudad de Cerro de Pasco ^[49]. Tiempo después, María Dolores García Navarro (n.1840-m.1918), madre del futuro héroe y mártir, se relacionó sentimentalmente con Alejandro Valdivieso Riofrío (n.1841-m.1886), comerciante y minero lojano vecindado en Cerro de Pasco, que tenía parentesco con José Baltazar Carrión, y que se convirtió en la figura paterna de Daniel Alcides Carrión, hasta el fin de sus días ^[49].

En enero de 1881, durante la Guerra del Pacífico, Lima había caído en manos del ejército chileno, lo que hizo previsible que otras ciudades correrían la misma suerte, por ello las autoridades religiosas de la parroquia de San Miguel Arcángel de Chaupimarca, en Cerro de Pasco, lugar donde se bautizó Carrión, decidieron ocultar los ornamentos y los archivos ^[49].

Luego de la guerra, fueron devueltos a su lugar, sin embargo entre fines del siglo XIX y principios del XX se produjo un incendio que obligó a trasladar los archivos a ciertos domicilios particulares, no teniendo en claro el momento en que retornaron a la parroquia ^[49].

Esta circunstancia y la desidia de los investigadores peruanos impidieron conocer la fecha exacta de su nacimiento hasta 1948, cuando el historiador ecuatoriano Alfredo Flores Caamaño, nieto del general Flores, primer presidente de Ecuador, visitó brevemente Lima y revisó los archivos de la Facultad de Medicina de San Fernando, donde halló la copia de la partida de bautizo de Carrión, como parte de su legajo de estudiante ^[50].

En 1949, publicó el folleto “El célebre mártir de la Ciencia Médica en el Perú”, en el que consignó ^[50]: “En consecuencia, resulta que Daniel Alcides Carrión y García vino al mundo – a la luz de la anterior auténtica partida de bautismo - el 12 de agosto de 1857, y de ninguna manera puede decirse, según ella, que el 15 de mayo de 1859; porque fue bautizado cuando tenía un mes y 20 días de haber nacido; es decir, el 2 de octubre del mismo año. Murió, luego, de 28 años y 53 días, y no de 25 o 26 años. Carrión acompañó aquella partida a su expediente universitario. Si no hubiera sido exacta, la habría desechado, a buen seguro, con su ingénita honradez”.

“Tiempo es ya de poner las cosas en su punto, rectificando la equivocación en que han incurrido sucesivamente, desde hace 64 años, por las noticias que recibieron, los médicos de Policía Doctores Ignacio La Puente, Leandro Loli, Manuel M. Vega, el sabio psiquiatra Doctor Valdizán, el Señor Ungaro Navarro, los que dieron la noticia del fallecimiento en la Parroquia de los Huérfanos y en la Beneficencia Pública, el Doctor Leonidas Avendaño, y, como ellos, muchas

otras respetables personas y publicaciones que han tratado de un ciudadano y de un hecho excepcionales en los fastos de la Medicina del Perú”.

Irónicamente, Flores Caamaño, quien intentó corregir a todos los demás autores, sólo computó treinta días en el mes agosto y por ello consignó el 12 de agosto de 1857 como la fecha del nacimiento de Carrión, en vez del 13, que era el día correcto ^[49].

El martes 7 de septiembre de 1948, el diario El Comercio de Lima, insertó en su página 5, la columna titulada “La partida de bautismo de Daniel A. Carrión”, que contenía una extensa carta de Alberto Ungaro, un primo materno del héroe, a la que se adjuntó la copia literal de aquel documento, hallado en la parroquia de San Miguel Arcángel de Chaupimarca, que carecía de la inicial A de Alcides, que aparecía consignada en el documento descrito por Flores Caamaño ^[49]. Sin embargo, Ungaro no se atrevió a precisar, con base en dicha partida, el día exacto del nacimiento de nuestro personaje ^[49].

La discrepancia en el nombre, entre en ambas partidas de bautizo, se explicaría porque Carrión decidió adquirir para sí mismo el nombre Alcides, a partir de la admiración que le despertó dicho personaje mitológico, durante sus estudios secundarios en el Colegio Nacional de Nuestra Señora de Guadalupe de Lima, y solicitó a su madre, quien vivía en Cerro de Pasco, el agregado de la letra A, en la copia que solicitó a la parroquia de San Miguel Arcángel de Chaupimarca, y que luego entregó a San Fernando.

El sacrificio de Carrión trascendió el ámbito médico, cuando el 7 de octubre de 1991, durante el gobierno de Alberto Fujimori, se promulgó la ley N° 25342, que lo declaró héroe nacional ^[23].

Este humilde estudiante, hijo de un médico ecuatoriano, ha sido ampliamente reconocido por la sociedad peruana, su nombre lo lleva un distrito del departamento de Pasco, la universidad nacional de Cerro de Pasco, y diversos colegios y hospitales, igualmente se le han erigido monumentos en prácticamente todo el territorio nacional, y finalmente el Colegio Médico del Perú lo designó como uno de sus cuatro epónimos institucionales, los otros tres son José Hipólito Unanue y Pavón, padre de la medicina peruana; José Cayetano Heredia Sánchez, modernizador de la enseñanza médica; y Manuel María Núñez Butrón, pionero mundial de la atención primaria de salud.

Once años después de la muerte de Carrión, el 22 de mayo de 1896, se expidió el Decreto Supremo que creó el Instituto de Vacuna, cuya dirección se encargó al doctor José María Quiroga ^[51]; esta entidad se dedicó a la producción de la vacuna antivariólica, cuya alta calidad permitiría exportarla a Ecuador y Bolivia ^[52].

En 1898, José Ramón Boloña Rolando (n.1879-m.?), oriundo de Guayaquil e hijo del doctor Pedro José Boloña Roca, se matriculó en San Fernando, donde alcanzó el bachillerato en 1904, con la

tesis “Estudio crítico del matrimonio ante el Código Civil peruano y su relación con las Ciencias Médicas”, y en 1906 se le confirió el título de médico cirujano ^[33].

Regresó a su país, donde alcanzó el doctorado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Guayaquil y ejerció la docencia en las cátedras de Anatomía Patológica, Histología y Clínica Interna (1907), y Parasitología y Medicina Legal (1910); siendo designado subdecano de dicha facultad; además integró la junta de sanidad de aquella ciudad (1906), la comisión organizadora del primer congreso médico ecuatoriano (1913) y fue delegado en el 5° Congreso Médico Latino Americano de Medicina, efectuado en Lima (1913); posteriormente decidió acercarse en la capital del Perú, donde ejerció como cónsul de su país ^[33].

En 1910 se reagudizó, una vez más, el antiguo diferendo fronterizo entre el Perú y Ecuador, al trascender que el laudo arbitral del rey de España aceptaría la tesis peruana, en tales circunstancias se evidenció que el Perú carecía de un número suficiente de personal de enfermería para atender las contingencias propias de la guerra, por lo que la doctora María Laura Ester Rodríguez Dulanto (n.1872-m.1919), la primera peruana que se graduó de médica, estableció, con el auspicio de la Unión Patriótica de Señoras, la primera escuela de enfermería, cuyas clases se dictaron en algunas salas de los hospitales Dos de Mayo y Santa Ana de Lima ^[53]. Al cesar el peligro de guerra, también se extinguió el primer intento serio de establecer la enseñanza formal de la enfermería en el Perú ^[54].

El 6 de marzo de 1912, el gobierno peruano, con una inusitada antelación, invitaba al Ecuador a participar en el 5° Congreso Médico Latino Americano de Medicina y el 6° Congreso Panamericano de Medicina, ambos a desarrollarse en Lima, en noviembre del año siguiente, propuesta que fue aceptada el 4 de junio de 1912 ^[55]. La delegación ecuatoriana estuvo integrada por los doctores Miguel Alcivar, quien la presidió, José Ramón Boloña Rolando, Leopoldo Izquieta Pérez e Isidro Ayora Cueva ^[56], este último, años después, ocuparía la presidencia de la república, entre 1926 y 1931.

En 1919, la fiebre amarilla urbana volvió a invadir el Perú a partir del foco epidémico de Guayaquil, el gobierno contrató al médico norteamericano Henry Hanson para combatirla, quien tomó diversas medidas, entre ellas el cierre del puerto de Paita y la prohibición de las reuniones a partir de las seis de la tarde, que tuvieron muy poco éxito, al punto que en 1921 el brote se había extendido hasta Lambayeque y La Libertad, entonces comenzó a emplearse la vacuna ideada por Noguchi, y los peces de los ríos como larvicidas, ambas medidas lograron contener la epidemia, y desde 1922 la zona quedó libre de la enfermedad ^[57].

En 1930 se llevó a cabo en el puerto de Guayaquil el 2° Congreso Médico Ecuatoriano, en homenaje al centenario de la república, y el comité organizador encomendó una hermosa medalla conmemorativa (Figura 2), que fue acuñada en la Casa Nacional de Moneda de Lima,

y cuyo grabado fue realizado por Armando Florentino Pareja Landeo (n.1901-m.1984), un eximio tallador natural de Huancavelica, que laboró en dicho establecimiento por más de medio siglo.



Figura 2. Anverso y reverso de la medalla conmemorativa del II Congreso Médico Ecuatoriano, Guayaquil, octubre de 1930. Grabada por Armando F. Pareja. Casa Nacional de Moneda de Lima.

En 2001, la Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a los Antimaláricos (RAVREDA), que integraban el Perú y Ecuador, además de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana, Surinam y Venezuela, inició una alianza con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Amazon Malaria Initiative de la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos (USAID), contando con el apoyo técnico de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos de América, con el propósito de tomar acciones, controlar, verificar la calidad diagnóstica y organizar la información sobre este tema ^[39].

Más recientemente, entre el 25 de septiembre y el 2 de octubre de 2015, se efectuó en la ciudad de Lima y bajo el auspicio del Colegio Médico del Perú, el Seminario Internacional de Epónimos de la Educación Médica Latinoamericana en Bolivia, Chile, Ecuador y Perú ^[52].

Colofón

Los múltiples lazos que han unido y unen al Ecuador y al Perú, en este caso los concernientes a la esfera de la salud, han antecedido y persistido al diferendo fronterizo que sostuvieron ambos países por más de ciento setenta años.

El espacio de un artículo sólo nos ha permitido desarrollar un recorrido somero, en el que han desfilaro encuentros y desencuentros, personajes y nombres, algunos de ellos desconocidos para la gran mayoría, pero otros de gran trascendencia histórica, como el quiteño Francisco Javier Eugenio de Santa Cruz y Espejo, prócer de la independencia ecuatoriana, y Daniel Alcides Carrión García, natural del asentamiento minero de Quiulacocha y mártir de la medicina peruana, que por feliz coincidencia tuvieron progenitores de la otra nacionalidad.

Evidentemente este trabajo no tiene la pretensión de ser la última palabra sobre este tema, siempre habrá hechos que no se incluyeron o que se mencionaron sin la profundidad que merecían, el desvelamiento de estas carencias lo dejamos a la acuciosidad de los investigadores de la historia médica de ambas naciones.

ORCID

Ricardo Iván Álvarez-Carrasco, <https://orcid.org/0000-0002-0987-6717>

Scopus Author ID

57194734963

Referencias bibliográficas

- Lastres JB. Historia de la Medicina Peruana. Volumen 1. Lima: Imprenta Santa María; 1951. p. 261, 262.
- Núñez B. La Real Audiencia de Quito, cuna de la infectología de América. En: Pérez, Gustavo (coordinador). 1er simposio Historia de las ciencias y el pensamiento científico en el Ecuador. Quito: PPL impresores; 2015. p. 151, 152.
- Rabí M. Bicentenario de la expedición filantrópica de la vacuna (1803-2003). Lima: Imprenta del Ministerio de Salud; 2005. p. 7, 18, 35.
- García U. La implantación de la viruela en los andes, la historia de un holocausto. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2003; 20(1):41-50.
- Cabello M. Historia del Perú, bajo la dominación de los incas. Lima: Imprenta y librería Sanmarti; 1920. p. 113.
- Velasco J. Historia del reino de Quito en la América meridional. Tomo 2. Quito: Imprenta de Gobierno; 1841. p. 65.
- Prescott G. Historia de la conquista del Perú. Madrid: Imprenta de Gaspar y Roig; 1851. p. 62.
- Valdizán H. Facultad de Medicina de Lima. Tomo 1. Lima: Imprenta del Hospital Víctor Larco Herrera; 1927. p. 16, 17, 128.
- Lastres JB. Historia de la Medicina Peruana. Volumen 3. Lima: Imprenta Santa María; 1951. p. 37, 102, 123, 124, 275.
- Zavala A. El Protomedicato en el Perú. Lima: Grafimag SRL; 2008. p. 81.
- Estévez E. La Formación Médica y la Asistencia Sanitaria en la Audiencia de Quito. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. 2001; 26(2-3):47-52.
- Madero M. La medicina ecuatoriana y sus puntos de contacto con la medicina peruana a través de la historia. Guayaquil: Departamento de publicaciones de la Universidad de Guayaquil; 1946. p. 4, 5, 9, 10.
- Moll A. Cultivo de la quina. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1932; 11(6):578-601.
- Núñez B. El pensamiento microbiológico de los jesuitas de la Universidad de San Gregorio Magno en la Real Audiencia de Quito. Acta Médica Peruana. 2010; 27(1):65-73.
- Mutis C. El arcano de la quina, Madrid. Imprenta de cámara de S. M. por Ibarra; 1828. p. III.
- Larreátegui D, Lafuente L. Revisión histórica médica: El árbol de quina, 400 años de su descubrimiento en el Ecuador. Revista Metro Ciencia. 2013; 21(1):1-8.
- Mutis C. Observaciones y conocimientos de la Quina. Mercurio Peruano. 1795; 12(608):211-46.
- Paico-Vílchez E, Paico-Zumaeta E. Un Cirujano llamado San Martín de Porras. Acta Herediana. 2019; 62(1):150-65. doi: <https://doi.org/10.20453/ah.v62i2.3618>
- De Medina B. Vida prodigiosa del venerable siervo de Dios Fr. Martín de Porras, natural de Lima, de la Tercera Orden de nuestro padre Santo Domingo. Lima: Imprenta de Juan de Quevedo y Zárate; 1673. p. 40.
- Delgado-Matallana G, Rabí M. Evolución histórica de la Facultad de Medicina de San Fernando. Lima: Fondo editorial de la UNMSM; 2007. p. 56.
- Paredes V. La anatomía en la medicina del Ecuador. Revista Ecuatoriana de Medicina y Ciencias Biológicas. 1965; 3(2):109-124.
- Estrella E, Crespo A. Historia de la enseñanza médica en Quito. Tomo II Quito: Crear editores; 2009. p. 22, 23, 26, 31, 32, 67, 71, 84, 119-121.
- Delgado-Matallana G. Daniel Alcides Carrión. Mártir de la medicina peruana, héroe nacional, Maestro de la Medicina Peruana, Patrono de la Medicina Nacional. 2ª edición, Lima: Ediciones e impresiones Arteta EIRL; 2013. p. 26-34, 85, 86, 583.
- Rabí M. Diccionario Histórico Biográfico Médico del Perú. Siglos XVI-XX. Lima: Larchgrafic SAC; 2007. p. 124, 125, 199, 345, 346.
- Pamo O. Estado actual de las publicaciones periódicas científicas médicas del Perú. Revista Médica Herediana. 2005; 16(1):65-73.
- Valdizán H. Crónicas Médicas. Lima: Talleres gráficos del Asilo Colonia Víctor Larco Herrera. 1929. p. 84.
- Freile C. Eugenio Espejo y su tiempo. 1ª edición. Quito: Ediciones Abya-Yala; 2001. p. 54, 57.
- Fernández T, Tamaro E. Biografía de Eugenio Espejo. En: Biografías y Vidas. 2004 [consultado: 17 jul. 2020] Disponible en: <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/e/espejo.htm>.
- Villacís MH. El Hospital San Juan de Dios de la Ciudad de San Francisco de Quito. Archivos de la Facultad de Ciencias Médicas. 1944; 9:5-11.
- Landázuri A. Espejo el ilustrado. Quito: Ediecuatorial. 2011. p. 45, 51.
- Scaletti A. El Real de San Andrés, primer hospital de españoles en el Perú. Quiroga. 2015; (7):72-81.
- Fernández-Dávila G. Centenario de la Cátedra de Medicina Legal. Anales de la Facultad de Medicina. 1955; 38(4):1069-79.
- Valdizán H. Diccionario de Medicina Peruana. Tomo 2. Lima: Talleres gráficos del Hospital Víctor Larco Herrera; 1938. p. 115, 164, 165, 168, 169, 195.
- Quiroz L. De la comadrona a la obstetriz. Nacimiento y apogeo de la profesión de partera titulada en el Perú del siglo XIX. Dynamis. 2012; 32(2):415-37.
- Álvarez-Carrasco R. La historia del Instituto Nacional Materno Perinatal a través de las imágenes. Lima: Cimagraf SAC; 2014. p. 26, 27, 70.
- Landázuri M. Juana Miranda fundadora de la Maternidad de Quito. Quito: Ediciones del Banco Central del Ecuador; 2004. p. 213.
- Cordero A. La fiebre amarilla en Guayaquil en 1842 (2da. parte). Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. 2014; 17(1):53-60.
- De Miranda FM. Memoria sobre la epidemia de Fiebre Amarilla en Guayaquil. Lima: Imprenta de Eusebio Aranda; 1844. p. 22.
- Bustíos C. La malaria y el dengue en la historia de la salud pública peruana: 1821-2011. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014. p. 22, 156.
- Copello J. Nuevos estudios para determinar las causas, la naturaleza y el tratamiento de la Fiebre Amarilla. Lima: Imprenta de El Nacional; 1870. p. 192, 193.
- Cordero A. Fundación de la Facultad de Medicina de Guayaquil. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. 2014; 17(3):50-57.
- Palma P, Ragas J. Enclaves sanitarios: higiene epidemias y salud en el barrio chino de Lima. Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura. 2018; 45(1):159-90.
- Borja C. La migración china un mal necesario de evitar (Tesis de bachiller). Lima, Perú: Universidad Mayor de San Marcos, 1877. p. 12, 14, 17.
- Gracia M. Los Borjas americanos: su contribución al mundo de la cultura. Revista Borja. 2016; (5):1-13.
- Bambarén-Alatrasta C. Semblanza del Dr. Celso Bambarén Ramírez. Anales de la Facultad de Medicina. 2001; 62(4):347-54. doi: <https://doi.org/10.15381/anales.v62i4.4209>
- Muñoz A. Congreso Sanitario Americano de Lima. Lima: Imprenta de Torres Aguirre; 1889. p. 41, 42, 217.
- Cueto M, Rivera B. Entre la medicina, el comercio y la política: El cólera y el Congreso Sanitario Americano de Lima, 1888. En: Cueto M, Lossio J, Pasco C (editores), El rastro de la salud en el Perú. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2009. p. 111-150.
- Álvarez-Carrasco R. La ascendencia paterna de Daniel Carrión García. Anales de la Facultad de Medicina. 2008; 69(3):206-11. doi: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v69i3.1142>
- Álvarez-Carrasco R. Daniel Carrión García. Estudio histórico, iconográfico y antropológico forense. 2da edición. Lima: Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú; 2020. p. 77, 78, 81, 84, 88, 89, 196.



50. Flores-Camaño A. El célebre mártir de la Ciencia Médica en el Perú. Lima: Gráfica Stylo; 1949; p. 9, 10.
51. Quiroga JM. Instituto Nacional de Vacuna. Creación e instalación, Lima Ilustrado. 1900; 2(46):894-5.
52. Álvarez-Carrasco R. Colegio Médico del Perú. Una visión retrospectiva de sus primeros 50 años de historia. Lima: REPS.A.C.; 2017. p. 52, 129.
53. Vavasour J. Noble attitude of the women of Perú. Perú to Day. 1910; 2(4):13-6.
54. Álvarez-Carrasco R. Doctora María Laura Ester Rodríguez Dulanto: en pos de un sueño contra todo y contra todos. Acta Med Peru. 2019; 36(2):170-8.
55. Arcos A. Oficio de aceptación a la invitación para concurrir a los congresos médicos de Lima, en 1913. Boletín del Ministerio de Relaciones Exteriores. 1912; 11(52):10.
56. Paz Soldán C. Decanos, maestros y médicos. Lima: Editorial La Reforma Médica; 1957. p. 131.
57. Bustíos C. Cuatrocientos años de la salud pública en el Perú (1533-1933). Lima: Centro editorial de la UNMSM; 2004. p. 516-519.

Guillermo Gastañeta Espinoza and his influence on peruvian surgery

Guillermo Gastañeta Espinoza y su influencia en la cirugía peruana

Daniel Enrique Haro Haro^{1,2,3,4,a}

haroharodanielenrique@gmail.com

- ¹ Ex profesor principal de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- ² Jefe del servicio de Oftalmología del Hospital Arzobispo Loayza de Lima.
- ³ Ex presidente de la Sociedad Peruana de Oftalmología.
- ⁴ Ex presidente de la Academia Peruana de Cirugía.
- ^a Doctor en medicina, especialista en Oftalmología.

Contribuciones de autoría

El autor ha desarrollado íntegramente la concepción y el diseño del artículo, recolección de información bibliográfica, la redacción del manuscrito y la revisión crítica del artículo. El autor se hace responsable de todos los aspectos que integran el manuscrito.

Fuentes de financiamiento

Este trabajo fue autofinanciado por el autor.

Declaración de conflictos de interés

El autor declara no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

Dirección: Paseo Parodi N° 520, San Isidro, Lima

Teléfono celular: 999 - 017878

Resumen

La importante influencia del doctor Guillermo Gastañeta Espinoza en la cirugía peruana se debe apreciar en el contexto de los sucesos de la vida institucional y científica de la época que le tocó vivir y así valorar sus grandes aportes que llevaron a considerarlo el gran maestro de la cirugía del Perú. El objetivo de este artículo es detallar su vida y obra para el conocimiento y recuerdo de los médicos peruanos en general y los cirujanos en particular.

Palabras clave

Historia de la Medicina; Perú; Cirugía; Academia Peruana de Cirugía.

Abstract

The important influence of Dr. Guillermo Gastañeta Espinoza in Peruvian surgery must be appreciated in the context of the events of the institutional and scientific life of the time in which he lived and thus value his great contributions that led him to be considered the great master of surgery From Peru. The objective of this article is to detail his life and work for the knowledge and memory of Peruvian doctors in general and surgeons in particular.

Keywords: *History of Medicine; Peru; Surgery; Peruvian Academy of Surgery.*

Introducción

La celebración del Bicentenario de la Independencia Nacional es una oportunidad propicia para recordar el pasado y la historia de nuestra nación, porque en ella se encuentra la inspiración de su futuro promisor.

En ese recuerdo se encuentra a aquellos personajes que hicieron, con sus hechos y su vida ejemplar, la construcción de la patria y nuestra identidad nacional; hoy que vivimos en una crisis espiritual y sin valores, donde la duda y el temor nos amenazan, es útil volver la mirada a la historia que es la maestra de la vida.

Entre las personalidades que intervinieron en el desarrollo y progreso de las diferentes actividades del quehacer de los peruanos está don Guillermo Gastañeta Espinoza, “El adalid de la cirugía en el Perú”, considerado el más grande de los cirujanos peruanos de todos los tiempos y forjador de sus avances en la primera mitad del siglo XX.

En su niñez y juventud tuvo que superar los problemas derivados del desastre de la postguerra del Pacífico y extraer fortaleza moral, disciplina e independencia intelectual a fin de alcanzar sus anhelos y metas. Vivió la desolación, fruto de la derrota.

A su generación se le llamó “La Generación del infortunio”, porque arrancaron de la desgracia el coraje para emprender la transformación del país, la reconstrucción de la medicina y la consolidación de las instituciones docentes y científicas [1].

La semblanza de su ejemplar vida personal y profesional está matizada por hechos importantes que demuestran su talento, hombría de bien, vocación de servicio, y el amor por sus pacientes. Es considerado “el maestro y pionero de la cirugía peruana” por sus grandes aportes a la cirugía, por su fecunda obra y legado para las nuevas generaciones.

Ámbito científico en los siglos XIX y XX

Para apreciar en su cabal medida la grandeza de la vida y obra del maestro Gastañeta, cabe repasar el contexto en que se encontraba la cirugía en la segunda mitad del siglo XIX. En esa época, el cirujano era un médico general con vocación quirúrgica circunstancial, que con coraje y atrevimiento afrontaba los riesgos de una operación impuesta por la emergencia, ya que el acto quirúrgico se constituía en una circunstancia imprevista por su urgencia, la gravedad de la enfermedad y el peligro de muerte.

La cirugía electiva estaba casi proscrita hasta que los grandes maestros José Lino Alarco, Néstor Corpancho y Constantino T. Carvallo, cambiaron el rumbo y enseñaron y adiestraron a sus discípulos, entre ellos Guillermo Gastañeta, y les entregaron la antorcha del progreso [2].

Los hechos trascendentales que marcaron el inicio de las actividades académicas en la historia de la medicina y cirugía del Perú republicano tienen relación con el papel importante de los docentes de la Facultad de Medicina de San Fernando en la fundación de la Sociedad de Medicina de Lima, en el año 1854, primera institución en el orden científico y el antecedente de la Academia Nacional de Medicina (ANM) y la Academia Peruana de Cirugía (APC).

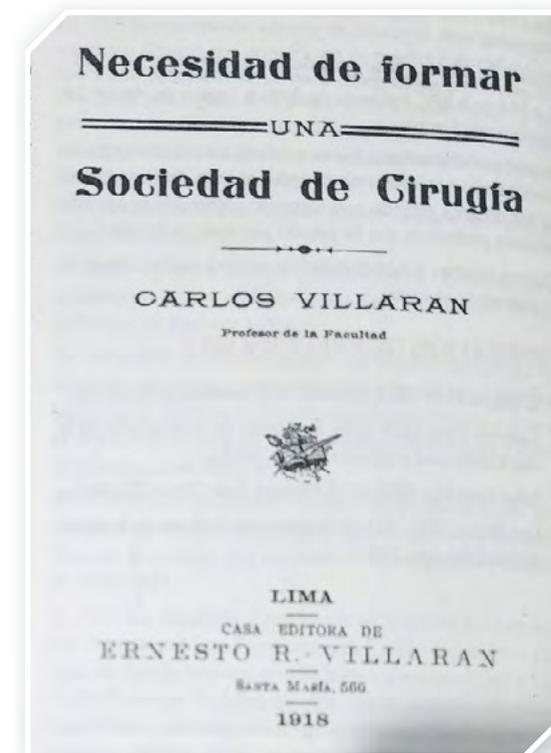


Figura 1. Folleto Necesidad de formar una Sociedad de Cirugía de Carlos Villarán (Lima, 1918).

Sus actividades se desarrollaron durante catorce años, hasta el año 1868, en que se interrumpieron para reorganizarse en 1874 por gestiones de Celso Bambarén Ramírez, continuando después hasta 1879, cuando dio principio la Guerra del Pacífico [3].

Lastres, en el tomo tercero de su libro *Historia de la Medicina Peruana* expresa que el 7 de setiembre de 1854 fue un día de gloria para las ciencias médicas y que “la Sociedad de Medicina fue, a no dudarlo, alto paladín de las ideas en el campo de la medicina, centradora y divulgadora del saber hipocrático y tribuna de los más conspicuos verbos de la escuela de Heredia”.

La considera, a la distancia, la continuadora de la labor del doctor José Hipólito Unanue en la Sociedad Amantes del País. Entretanto, en el año 1875, se fundó la Sociedad Amantes de la Medicina, constituida exclusivamente por estudiantes de medicina, que tuvo vida efímera y poco significado institucional [4].

En 1884, se interrumpió el quehacer de San Fernando por los problemas suscitados por el presidente provisorio de la República, el general Miguel Iglesias, quien depuso al decano Manuel Odriozola Romero por desacato a la autoridad, al negarse a reponer a un profesor simpatizante del gobierno.

Un importante grupo de maestros sanfernandinos, encabezados por el doctor Leonardo Villar Naveda, solicitaron al gobierno revertir esta decisión, obteniendo como respuesta la subrogación de todos ellos.

Estos facultativos continuaron sus reuniones en el domicilio del doctor Villar y fundaron, el 28 de octubre de 1884, la Academia Libre de Medicina, que se instaló solemnemente el 29 de julio de 1885; dicha institución daba continuidad en el tiempo a la extinguida Sociedad de Medicina de Lima, siendo su primer presidente el mencionado doctor Odriozola [5].

La Academia Libre de Medicina tuvo en su génesis dos elementos: uno institucional, el atropello del gobierno a la autonomía universitaria; y otro científico, referido a los grandes cambios en los conceptos de enfermedad y patología infecciosas y la necesidad de nuevos enfoques en las ciencias de la salud; teniendo además que enfrentar la inmensa tarea de reconstruir la medicina desde sus cimientos después de la guerra contra Chile (1879-1883) [6].

La Academia Libre de Medicina tuvo vigencia hasta el año 1888, cuando por ley aprobada por el Congreso de la República el 26 de octubre, y promulgada el 2 de noviembre por el presidente general Andrés Avelino Cáceres, se convirtió en la ANM [7].

Su primer presidente fue el eminente cirujano José María Romero y Rodríguez y su secretario el doctor José Casimiro Ulloa Bucello; en su discurso, el día de la sesión solemne de inauguración, hizo una síntesis de la historia de la medicina en el Perú y terminó con el lema hasta hoy vigente: “Verdad en la ciencia y moralidad en el arte” [8].

La ley de creación de la ANM le otorgó carácter oficial e independencia en su organización y funciones, convirtiéndose así en un distinguido cuerpo consultivo integrado por notables médicos y cirujanos.

Desde su creación, la presidencia de la ANM se alternó entre un médico y un cirujano cada dos años, hasta que en 1918 devino la separación de los cirujanos y la fundación de la APC, el 11 de setiembre de ese año, gracias a la iniciativa del doctor Carlos Villarán, “el Ideólogo de la Cirugía Peruana”, quien creyó necesaria la creación de una institución que los agrupara con el propósito de estudiar y fomentar el progreso de las ciencias quirúrgicas (Figura 1).

Existiría otra razón, no bien documentada, derivada de la censura de un cirujano que impidió que asumiera la presidencia de la ANM, cuestión resuelta poco tiempo después [9].

La Sociedad Peruana de Cirugía, antecesora de la APC, fue fundada por 18 eminentes cirujanos a quienes mencionamos con gratitud en orden alfabético: Miguel Aljovín, Eduardo Bello, Constantino Carvallo, Manuel Castañeda, Luis De la Puente, Juvenal Denegri, Enrique Febres, Alberto Flores, Guillermo Gastañeta, Francisco Graña, Enrique Manchego, Carlos Morales, Juan José Mostajo, Ricardo Palma, Ricardo Pazos, Fortunato Quesada, Belisario Sosa y Carlos Villarán. Dieciocho insignes maestros sanfernandinos, que con la labor fecunda de su talento y disciplina científica lograron iniciar la madurez de la cirugía contemporánea en nuestra patria [10].

Por iniciativa del doctor Francisco Graña y acuerdo general se escogió como emblema el Tumi alado (Figura 2), instrumento quirúrgico de los antiguos peruanos y el que más tarde también adoptaría el Colegio Médico del Perú (CMP).



Figura 2. Emblemas de la Sociedad de Medicina de Lima, Academia Libre de Medicina, Academia Nacional de Medicina y Academia Peruana de Cirugía.

Los maestros, con su labor en la Facultad de San Fernando y en la Sociedad Peruana de Cirugía, consiguieron notables avances en la primera mitad del siglo XX y fruto de esa audacia transformaron el arte operatorio en ciencia quirúrgica. Una vez más destaca la figura de Guillermo Gastañeta como decano de la primera, y fundador y presidente de la segunda, durante los años 1921 y 1922, consolidándose como el más “insigne maestro de la cirugía peruana” [11].

El 10 de julio de 1940, la Sociedad Peruana de Cirugía cambió su denominación, tomando el nombre de APC. Según el Acta de Fundación, el cambio de título no significó ninguna modificación de sus fines; su reconocimiento oficial ocurrió el 3 de marzo de 1943.

Desde sus inicios, la APC compartió el local institucional con la ANM, hasta el advenimiento del CMP, en el año 1969, que se forjó con el cimiento de las dos academias y que hoy las acoge.

La vida ejemplar de Guillermo Gastañeta Espinoza

Nuestro biografiado nació en la ciudad de Lima, el domingo 5 de abril de 1874, era hijo de don Pedro Gastañeta y doña Carmen Espinoza; su abuelo paterno, el doctor Juan de Gastañeta, ejerció el Protomedicato de la República entre los años 1833 a 1835, y había sido diputado en el primer Congreso Constituyente del Perú, en 1822.

En la niñez y juventud tuvo éxito en su educación primaria y secundaria, pese a que en su infancia vivió la ocupación de Lima y la barbarie de los invasores chilenos (1881-1883).

En 1892 ingresó a la Facultad de Ciencias de la Universidad Mayor de San Marcos y el año siguiente pasó a la Facultad de Medicina de San Fernando, cuando frisaba los 19 años, siendo alumno muy destacado. Se graduó de médico cirujano a la edad de 25 años, caso insólito en ese tiempo (Figura 3). Durante su internado había sido discípulo predilecto del famoso cirujano José Lino Alarco [12].



Figura 3. Doctor Guillermo Gastañeta Espinoza.

Su promoción estuvo integrada sólo por nueve alumnos: Daniel Becerra, Alberto de la Lama, Alberto García, Eduardo Laverria, Guillermo Matos, Manuel Morante, José Pérez, Federico Ruiz, y Guillermo Valentín, que tomaron diferentes rumbos en su profesión [13].

Desde antes de su graduación y por espacio de más de cincuenta años realizó labores asistenciales en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima (Figura 4), al que convirtió en su segundo hogar y en donde pasaba largas horas y días sin siquiera retornar a casa y sin tomar el descanso necesario debido a su gran vocación de servicio, su cultura humanista y humanitaria.



Figura 4. Entrada principal del Hospital Dos de Mayo.

Como parte de su vocación quirúrgica, centró su atención en el estudio y reparación de las hernias inguinales, creando una nueva y segura técnica operatoria. Con la experiencia acumulada, presentó su tesis doctoral "La cura radical de las hernias inguinales", con la que obtuvo dicho grado, el 16 de octubre de 1901 a los 27 años de edad, cuestión poco común en esa época [14].

En 1905 ganó por concurso la jefatura del Servicio Quirúrgico San Juan de Dios de dicho nosocomio, luego de la muerte de su jefe, el doctor Juan Cancio Castillo, quien falleció a consecuencia de la epidemia de peste, en 1903. Allí tuvo la oportunidad de realizar todo tipo de intervenciones quirúrgicas con gran habilidad y destreza, incursionando en cirugía de cabeza y cuello, tórax y abdomen, pues en esa época no existían delimitaciones de las especialidades. Su primera intervención fue la extirpación de un pterigión invasivo.

Hay un hecho anecdótico narrado por Alayza en su libro *Historia de la Cirugía en el Perú*, quien relata que en 1907 atendió a un anciano que cayó de un tranvía y como consecuencia de ello tuvo un traumatismo encéfalo-craneano (TEC) con pérdida del conocimiento. Al recuperar la conciencia, se encontró con déficit motor derecho que fue en aumento. El diagnóstico:

hematoma subdural y “la operación fue a punta de golpes de cincel para ingresar a la cavidad craneana y extraer el hematoma”. La operación fue exitosa y el paciente se recuperó totalmente, siendo considerada “la primera craneotomía hecha con la modernidad de la época”.

En 1917 viajó a los Estados Unidos de América, donde concurrió al Congreso de la American College of Surgeons, allí hizo amistad con los doctores William James y Charles Horace Mayo, fundadores de la famosa Clínica de Rochester, Minnesota. Ellos, a través del conocimiento de sus destacadas actividades, propusieron su nombramiento como Miembro Honorario de esa prestigiosa institución, en el año 1921. Esa distinción no se ha otorgado a ningún otro peruano hasta la fecha.

Posteriormente viajó a Europa y trabajó con los famosos cirujanos profesores Martel de París (Francia) y Sauerback de Berlín (Alemania), y trajo por primera vez a Lima el radio para el tratamiento del cáncer de estómago, fundando con su maestro Constantino Carvallo el Instituto de Radioterapia, dentro del Hospital Italiano de la ciudad capital. También operó casos difíciles en el Hospital Arzobispo Loayza y en la Clínica Maison de Santé.

Todos los adelantos en cirugía que trajo fueron puestos en práctica y compartidos con sus discípulos, dejando de lado el egoísmo reinante en esa época. En realidad, transformó la cirugía y la modernizó instituyendo nuevas técnicas operatorias.

Su labor docente empezó desde muy joven, en el año 1900 en la Facultad de San Fernando, como profesor de Anatomía y Técnica Microscópica, luego catedrático titular de la Clínica Quirúrgica de Varones, llegando a ser decano de dicha corporación.

Durante su decanato, que duró nueve años (1922-1931), se efectuaron modificaciones fundamentales en la enseñanza y la práctica de la cirugía. Siempre enseñaba a complementar la adecuada observación clínica con la destreza quirúrgica, valorando al paciente como ser humano.

En su presidencia de la Sociedad Peruana de Cirugía (1921-1922), elevó el nivel científico y la activa participación de sus discípulos, incentivándolos al estudio y a la perfección. Presidía las reuniones matizándolas con sus enseñanzas y experiencias, guiando a sus discípulos con respeto y consideración.

Dentro de sus contribuciones al avance de la cirugía se debe recordar que fue inventor e innovador de originales procedimientos quirúrgicos, iniciador de la neurocirugía, y del uso del Salvarsán para el tratamiento de la lúes o sífilis.

Un hecho importante en la vida del gran maestro sucedió en 1947, durante el gobierno de José Luis Bastamente Rivero, cuando se emitió una disposición que le obligaba a dejar el cargo asistencial a los 70 años de edad, él tenía ya 72 años y se retiró para cumplir con aquella norma. Fue entonces que la Asociación de Médicos del Hospital Dos de Mayo solicitó a las autoridades reconsiderar excepcionalmente la edad límite de jubilación para Gastañeta, pedido que sería

acogido, dándose el decreto modificatorio, que prolongó la edad de jubilación de los médicos hasta los 75 años.

El maestro volvió a su querido hospital, a su retorno, lo esperaban sus colegas, internos, estudiantes, personal auxiliar y administrativo, para acompañarlo con sonoros aplausos y flores a su servicio, demostrando el inmenso cariño que le profesaban.

Don Guillermo no se limitó al ejercicio de su noble profesión, el 7 de agosto de 1924 participó activamente en la fundación de la Federación Universitaria de Deportes, que más tarde tomó el nombre de Club Universitario de Deportes.

En vida recibió múltiples homenajes en reconocimiento a su brillante carrera profesional, uno de los más importantes fue el colocar su retrato al óleo en el Salón de la Fama del local del International College of Surgeons, en Chicago, Illinois (EUA), un caso singular para la cirugía peruana.

En 1955, en el Congreso Internacional de Cirugía realizado en Lima, se le hizo un homenaje a sus 75 años de edad, que lo emocionó enormemente. En sus palabras de agradecimiento, demostrando una sencillez y modestia propias de los grandes hombres, dijo: “el trato de maestro que ustedes me dan, se vuelve a ustedes, porque son ustedes, y no yo, los maestros actuales de la cirugía en nuestro país, porque en la ley del progreso está establecido que los discípulos superen a los maestros” [15].

En 1956 sufrió un accidente cerebro-vascular (ACV) con hemiplejía derecha y falleció el lunes 27 de enero de 1958, a la edad de 84 años. Ese mismo año, conmemorando la fecha de su natalicio, la Municipalidad Metropolitana de Lima inauguró la plaza, que lleva su nombre en el jirón Cusco (Figura 5), en cuyo centro se erigió su busto, que lleva una placa de bronce en la que se lee: “La Ciudad de Lima, a Guillermo Gastañeta, Maestro y Cirujano eminente”.



Figura 5. Vista aérea de la plaza Gastañeta de Lima.

Epílogo

El doctor Guillermo Gastañeta Espinoza fue un brillante profesional, profundamente humano que consideraba a sus pacientes por encima de todo. Practicó lo que hoy denominamos la “cirugía centrada en la persona”.

A solicitud de la APC, el gobierno instauró oficialmente el Día de la Cirugía Peruana, que se celebraría los 5 de abril de cada año, en la fecha del natalicio del gran maestro, a fin de inmortalizar su memoria. Todos los años en esa fecha se recuerda el hermoso legado de su fecunda y ejemplarizadora vida, para seguir a su espíritu y reiterar la trascendencia de su obra, que dejó huellas imborrables y que obliga a las nuevas generaciones a continuarlas y reafirmarlas.

La memoria de los grandes personajes que aportaron al avance de la medicina y cirugía del Perú, se desvanece en el olvido. Por eso, es encomiable que el CMP favorezca el recuerdo de aquellos que, venciendo mil dificultades, establecieron los cimientos de nuestras instituciones para bien de la comunidad y de la patria, para que sepamos apreciar la riqueza de nuestro pasado y porque ellos constituyen la esencia de nuestra nacionalidad.

ORCID

Daniel Enrique Haro Haro, <https://orcid.org/0000-001-9406-3827>

Referencias bibliográficas

- Basadre J. Historia de la República del Perú. Tomo 17. 9a. Edición. Lima: Empresa Editora El Comercio; 2005. p. 80.
- Tauro del Pino A. Enciclopedia Ilustrada del Perú. Tomo 7. 3ª edición. Lima: Editorial PEISA; 2001. p. 1066.
- Baracco V. Forjadores de la Cirugía Peruana. Rev. El Cirujano. 1985; 3: 116-120.
- Lastres J. Historia de la Medicina Peruana. Volumen 3. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1951. p. 274-279.
- Alayza F. Historia de la Cirugía en el Perú. Lima: Editorial Monterrico; 1992. p. 342-344.
- Paz Soldán C. La Academia Libre de Medicina. 2ª Edición. Academia Nacional de Medicina. Lima: HADEX & AM S.A.C.; 2013. p. 31-48.
- Academia Nacional de Medicina [Consultado 10 abril 2021]. Disponible en: *Historia*. www.anmperu.org.pe.
- Haro D.E. Reseña Histórica de la Academia Peruana de Cirugía. Rev. Academia Peruana de Cirugía. 2010; 3:43-5.
- Villarán C. Necesidad de formar una Sociedad de Cirugía. Lima: Casa Editora E. Villarán; 1918.
- Academia Peruana de Cirugía. [Consultado 10 abril 2021]. Disponible en: <http://www.Apcperu.org.pe>
- Baracco V. Evolución de la Cirugía Peruana En: Vidal J. Visión histórica de la Academia Peruana de Cirugía. Forjadores de la Cirugía en el Perú 1850-2009. Lima, Perú: Revistas Especialidades Peruanas SAC.; 2008. p. 17, 18.
- Becerra de la Flor D. Historia de una Vocación. Vida y Obra de Guillermo Gastañeta, maestro y misionero de la cirugía en el Perú. Lima: Editorial GRAF; 1984. p. 5-7.
- Ortega D, Tuppia C, Salaverry O. Guillermo Gastañeta Espinoza. Acta Médica Peruana. 2007; 24(1):67-9.
- Alayza F. Generación de Precursores. En: Vidal J. Visión histórica de la Academia Peruana de Cirugía. Forjadores de la Cirugía en el Perú 1850-2009. Lima, Perú: Revistas Especialidades Peruanas SAC.; 2008. p. 75-77.
- Velarde J. Prof. Dr. Guillermo Gastañeta Espinoza; 1874-1958. Rev. Carriónica. Hospital Dos de Mayo. 2010; 1(1): 28-29.

Alienism and psychiatry in republican Peru

Alienismo y psiquiatría en el Perú republicano

Santiago Stucchi-Portocarrero ^{1,2,a}

santiago.stucchi.p@upch.pe
stucchi@hotmail.com

- Médico del Hospital Víctor Larco Herrera
- Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia
- Médico cirujano especialista en psiquiatría

Contribuciones de autoría

El autor ha desarrollado íntegramente la concepción y el diseño del artículo, recolección de información bibliográfica, la redacción del manuscrito y la revisión crítica del artículo. El autor se hace responsable de todos los aspectos que integran el manuscrito.

Fuentes de financiamiento

Este trabajo fue autofinanciado por el autor.

Declaración de conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

Dirección: Hospital Víctor Larco Herrera: Avenida del Ejército N° 600, Magdalena del Mar.
Teléfono celular: 997 - 506002

Resumen

El presente artículo se inicia con una breve reflexión sobre la existencia de una psiquiatría propiamente peruana, y hace después un recorrido histórico que parte de la instauración del alienismo en el Perú, a mediados del siglo XIX, prosigue con la consolidación de la psiquiatría a inicios del siglo XX, y continúa con la influencia que sobre aquella disciplina han tenido doctrinas como el degeneracionismo, la higiene mental, la eugenesia y el psicoanálisis, hasta culminar en el actual proceso de reforma de la salud mental, y el impacto de la pandemia de COVID-19.

Palabras clave: Historia de la medicina, Perú, Psiquiatría (DeCS BIREME).

Summary

This article begins with a brief reflection on the existence of a properly Peruvian psychiatry. It then makes a historical journey which starts from the establishment of alienism in Peru, in the mid-19th century, continues with the consolidation of psychiatry at the beginning of the 20th century, and continues with the influence that doctrines such as degenerationism, mental hygiene, eugenics and psychoanalysis have had on that discipline. It ends in the current process of mental health reform, and the impact of the COVID-19 pandemic.

Key words: History of Medicine, Peru, Psychiatry (MeSH).

Introducción

Redactar una historia de la psiquiatría en el Perú, así sea de manera sucinta, conlleva una ineludible reflexión sobre la identidad de dicha especialidad en nuestro país, máxime en el contexto que nos convoca. Javier Mariátegui atribuyó a Hermilio Valdizán el diseño de un temprano proyecto de psiquiatría peruana, “con la impronta o la huella de lo propio, de lo distintivo, en la singular y dialéctica confrontación del hombre con su entorno físico, socio-económico y cultural” [1]. Esta afirmación de lo autóctono, que debía partir de las raíces precolombinas e integrarse con la herencia hispana, para alumbrar un producto auténticamente peruano, no podía evadir sus orígenes foráneos. Es así que aquella proto-psiquiatría que fue el alienismo del siglo XIX, nació bajo una inspiración principalmente francesa, que cedió el paso a una fuerte influencia alemana, una vez consolidada la psiquiatría del siglo XX, y particularmente con la obra de Honorio Delgado, hasta llegar a los tiempos actuales, en los que impera en nuestro medio la orientación angloamericana.

La búsqueda de una psiquiatría nacional tendría entonces que bregar entre los extremos de un chauvinismo tan artificial como estéril, y un colonialismo intelectual, este último consecuencia de una mal entendida homogenización del conocimiento [2], o del mito de un “cerebro universal” ajeno a la cultura (según Germán Berrios) [3]. Del mismo modo, cualquier intento de forjar una identidad inflexible e inmutable está condenado al fracaso, pues la psiquiatría “es expresión de la cultura, y por lo tanto cada época de la cultura tiene su propia psiquiatría” (en palabras de Óscar Valdivia Ponce) [4].

La brevedad del presente escrito nos impide dilucidar si hemos logrado erigir a cabalidad aquella psiquiatría peruana singular, o si el ideal primigenio de Valdizán -con las valiosas contribuciones posteriores de figuras epónimas como Delgado, Caravedo, Seguín, Rotondo y otros- corre el riesgo de una completa mimesis con la “psiquiatría universal” a la que aludimos previamente.

Mariátegui propuso una ruta social para la psiquiatría peruana [5], y en tal sentido Renato Alarcón ha ampliado los horizontes hacia una psiquiatría latinoamericana [6]. Para Berrios, la necesidad de una psiquiatría peruana reconocible nace de una realidad en la que muchos colectivos sociales no ven plenamente reflejado su malestar psíquico en el conocimiento europeo y norteamericano; sin embargo, para construir una disciplina nacional no basta el acontecer en una geografía peculiar y tener acceso a material médico distinto, si no existen bases epistemológicas y conceptuales verdaderamente originales (comunicación personal, abril de 2021).

Entre el virreinato y la república

La instauración de la república del Perú no fue un suceso que se pueda reducir a una fecha conmemorativa, sino más bien un proceso largo, complejo y traumático. Inclusive varias décadas después de proclamada la independencia, la estructura política y social de nuestro país continuó siendo virreinal en muchos aspectos, lo que ha dado lugar a la noción de “república-monárquica” [7]. La persistencia de las ideas coloniales se vio reflejada también en la medicina; por ejemplo, la concepción ambiental de la salud, según la cual el clima local y la geografía eran fundamentales para la génesis de las enfermedades, fue defendida en el Perú a lo largo del siglo XIX, aunque en Europa había sido abandonada en el siglo XVIII [8].

Durante el virreinato, la locura era entendida como consecuencia de la debilidad del cerebro, el desequilibrio de los cuatro humores, la mala alimentación o las pasiones fuera de control, pero también se le podía atribuir un origen sobrenatural; ambos tipos de explicaciones no se contraponían [9]. La noción contemporánea de “enfermedad mental” era desconocida en aquel entonces, pues al ser el alma de naturaleza divina, y por lo tanto incorruptible, era el cuerpo el que enfermaba y perturbaba la expresión de aquella [10]. El cuidado de los insanos se llevaba a cabo en las loquerías o casas de locos, espacios acondicionados en los hospitales que habían sido fundados en el siglo XVI. En las primeras décadas del Perú republicano, la loquería de varones continuó funcionando en el Hospital de San Andrés, en tanto que la de mujeres estuvo ubicada en el Hospital de la Caridad, hasta que pasó al de Santa Ana, en 1840 [11,12].

El alienismo del siglo XIX

Desde finales del siglo XVIII venía desarrollándose en Europa el tratamiento moral, que planteaba no solo la abolición de la crueldad y su reemplazo por un trato amable -como suele ser recordado-, sino principalmente un cambio en la concepción misma de la locura, que dejó de ser una condición absoluta, para convertirse en un estado curable mediante la actitud racional del médico, llamado alienista a partir de entonces. No era casual esta nueva visión; el tratamiento moral había surgido entre la ilustración y la revolución francesa, cuando la razón llegó a ser elevada a la categoría de diosa [13].

Sin embargo, el arribo al Perú del alienismo y el tratamiento moral debió esperar hasta 1859, al abrir sus puertas el Hospital de la Misericordia, el primer manicomio en nuestro país. Este acto fue propiciado por José Casimiro Ulloa, quien venía denunciando la situación de “esas especies de cárceles que en Lima se honra con el nombre de casa de locos” [14]. El mismo Ulloa, al inaugurarse el que llegaría a ser más conocido como Manicomio del Cercado, recordó aquella “fecha de eterna conmemoración (...) en que Pinel, médico de la Loquería de la Bicêtre (...) procedió a liberar a los enagenados de este hospicio de las cadenas” [15].

Es probable que la inestabilidad social y política que caracterizó a las primeras décadas de la nueva república haya demorado aquel acontecimiento, de modo tal que, al existir una bonanza económica gracias a la explotación del guano, pudo erigirse un estado centralizado preocupado por imponer un orden en beneficio de la élite gobernante. Este orden incluyó solucionar el problema de los “desviados sociales”, como los vagos, los delincuentes, las prostitutas y los locos [16].

El tratamiento moral exigía también que la curación de los alienados se diera en el espacio asilar, en donde la autoridad del médico alienista debía doblegar la voluntad insurrecta del alienado. El mismo Pinel había dicho que los hospitales debían “hacer que conozcan los locos (si son capaces de conocerlo) que están sujetos a una fuerza superior destinada a dominarlos, y contrariar sus voluntades y caprichos” [17]. Por su parte, Ulloa había recomendado que el loco “debe ser privado de su libertad” [18], y más adelante Manuel Antonio Muñiz, su sucesor en la dirección del Manicomio del Cercado, había opinado que el “aislamiento o secuestro en los asilos o no, es sin duda el más competente factor de curabilidad” [19]. Este imperativo de encerrar a los insanos llevó pronto al colapso del único establecimiento mental del Perú, y a que se planteara la fundación de uno nuevo. De este modo, en 1918 comenzó a funcionar el Asilo Colonia de la Magdalena, que desde 1930 se denomina Hospital Víctor Larco Herrera [12].

La psiquiatría del siglo XX

A inicios del siglo XX comenzaba a afianzarse en nuestro medio la palabra “psiquiatría” -que había sido acuñada en 1808 por Johann Christian Reil-, en reemplazo del término “alienismo”. Mas no era solo un cambio de nombre, pues el alienismo decimonónico centraba su acción en la custodia manicomial de los locos, en tanto que la nueva psiquiatría iba más allá de los muros del asilo, para abarcar aquellas patologías mentales que no involucraban la pérdida del juicio. La fundación del Asilo Colonia de la Magdalena significó entonces la consolidación de la naciente disciplina médica, que reivindicaba para sí no solo el gobierno de la institución asilar, sino sobre todo la autoridad del conocimiento científico, en consonancia con la filosofía positivista imperante [20]. El contexto histórico también resultó favorable debido al crecimiento económico, producto de la exportación agrícola y minera, que permitió un nuevo proyecto de modernidad [21].

El Asilo Colonia tuvo como uno de sus principios rectores la curación por el trabajo. Muñiz ya había recomendado que “el alienado debe trabajar” [19], en tanto que, para Baltazar Caravedo, el trabajo “no sólo es agente terapéutico de primera importancia, que acelera la curación, sino también, fuente inagotable de recursos, que contribuye en parte al sostenimiento de los Hospitales Psiquiátricos” [22]. Es así que el asilo debía orientarse hacia la producción industrial y la autosuficiencia económica, en concordancia con un sistema capitalista “que valoraba a las personas por su inserción en el proceso productivo” [23].

El nuevo establecimiento permitió a la naciente psiquiatría nacional introducir métodos terapéuticos novedosos en su momento, tales como la malarioterapia [24], las convulsiones inducidas por pentilene tetrazol [25], la insulino terapia [26], la terapia electroconvulsiva [27] y la clorpromazina [28].

Fue Hermilio Valdizán el primer médico peruano con una formación especializada en psiquiatría. Una psiquiatría aún influida por el positivismo y la teoría degeneracionista del siglo XIX; esto último se hizo patente cuando el mismo Valdizán se refirió a los pobladores de una zona bociógena en Huánuco como “degenerados completos” [29]. Dentro de la vasta obra de Valdizán, cabe mencionar sus escritos “La alienación mental entre los primitivos peruanos” y “Locos de la colonia”, en los que el autor elaboró un minucioso estudio de diferentes personajes históricos, a quienes calificó como neuróticos, dementes precoces, locos morales o pervertidos sexuales, entre otros diagnósticos propios de la nosología vigente [30,31]. El saber psiquiátrico buscaba así afirmarse, al reinterpretar la historia en los aspectos que asumió como propios, bajo la perspectiva de la época [9].

Junto con Valdizán, resalta la figura de Honorio Delgado, psiquiatra, filósofo y biólogo, autor también de una extensa obra escrita, además de fundador, en 1938, de la Sociedad de Neuro-Psiquiatría y Medicina Legal, cuyo órgano de difusión, la Revista de Neuro-Psiquiatría, se publica desde aquel año hasta la actualidad. Entre los múltiples aportes de Delgado a la psicopatología cabe mencionar los conceptos de ego-anajóresis, atelepsia, enantiotimia, melancolía mitis y bioneurosis [32]. Asimismo, desarrolló una filosofía de orientación espiritualista y antipositivista, que se vio reflejada en su mirada de la psicología, y lo llevó a oponerse a la psicología experimental y cuantitativa (“sin alma”), introducida en el Perú por Walter Blumenfeld, en la década de 1930 [33].

Higiene mental y eugenesia

La inauguración del Asilo Colonia coincidió con la aparición de la Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas -primera publicación especializada en psiquiatría en el Perú- y con la difusión del movimiento de higiene mental. Este último se plasmó en folletos y artículos publicados inicialmente por Valdizán y Delgado, que buscaban educar a la población sobre la prevención

de la enfermedad mental, y asimismo promover la figura del psiquiatra como el especialista en el tema ^[34]. La higiene mental dio paso posteriormente al concepto de salud mental, que además de la prevención, propicia también el bienestar en un sentido más amplio, e integra otras profesiones de la salud como parte del equipo de atención. El Decreto Ley N° 11272 de 1950, que centralizó en el Ministerio de Salud Pública “todo cuanto se refiera a la profilaxia y tratamiento de los desórdenes mentales”, así como el Reglamento de Higiene Mental de 1953, representaron una etapa de transición entre ambos conceptos ^[35].

Paralelamente a la higiene mental, cobró fuerza la ideología eugenésica, que se propuso mejorar a la especie humana. En los países de origen latino, como el Perú, predominó la corriente eugenésica neo-lamarckiana, que ponía énfasis en la prevención de las taras hereditarias mediante la erradicación de los “venenos raciales”, tales como el alcohol, la coca y las enfermedades venéreas, a diferencia de los métodos radicales, como la esterilización o el aborto forzados, que fueron preferidos en los países anglosajones, germánicos y escandinavos ^[36]. La élite intelectual peruana se adhirió con fervor al movimiento eugenésico, y la psiquiatría no fue ajena al mismo. Por ejemplo, Caravedo opinó que “la profilaxis mental debe ser practicada igualmente en el campo de la eugenesia” ^[37], en tanto que Delgado escribió a favor de la eugenesia, “el método profiláctico más efectivo”, hasta la última edición de su “Curso de psiquiatría”, de 1969 ^[32].

El psicoanálisis

Se considera a Delgado como el introductor del psicoanálisis en el Perú, a través de un primer artículo de 1915 aparecido en el diario El Comercio ^[38], así como otras publicaciones posteriores. El entusiasmo inicial de aquel por la doctrina de Freud, que lo llevó a describirla como “todo un *novum organum*” con revelaciones “verdaderamente tremendas” ^[39], devino luego en una rotunda detracción. El psicoanálisis fue retomado décadas después por Carlos Alberto Segúin, que no fue propiamente un psicoanalista ortodoxo, sino más bien el iniciador en el Perú de la medicina psicósomática de orientación dinámica, lo que lo motivó a fundar el Centro de Estudios Psicósomáticos, en 1947; muchos de sus trabajos fueron publicados en los Anales del Servicio de Psiquiatría, del Hospital Obrero de Lima ^[33].

En este contexto se creó también la Asociación Psiquiátrica Peruana, en 1954, como una respuesta a la antigua Sociedad Peruana de Neuro-Psiquiatría, y a lo que sus iniciadores consideraron como “academicismo germánico (e) intolerancia anti psicoanalítica” ^[40]. No obstante, fue recién en 1980 que se fundó la Sociedad Peruana de Psicoanálisis, por el impulso de psiquiatras con formación psicoanalítica, entre ellos Saúl Peña, Max Hernández y Carlos Crisanto ^[33].

La reforma de la salud mental

Después de la Segunda Guerra Mundial comenzó a difundirse la idea de desinstitucionalizar a los internos crónicos de los hospitales psiquiátricos, para devolverlos a su comunidad. El manicomio perdió de este modo su lugar privilegiado en la terapéutica de la enfermedad mental, y cayó en el desprestigio; los motivos fueron no solamente humanitarios, sino también políticos y económicos ^[41]. En 1963 se aprobó en Estados Unidos la *Community Mental Health Act*, que alentaba la construcción de centros comunitarios de salud mental ^[42]. Décadas después, la Declaración de Caracas, convocada por la Organización Panamericana de la Salud en 1990, proclamó que “la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios; (...) las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que (...) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento” ^[43].

La visión social de la psiquiatría en el Perú se vio reflejada tempranamente en publicaciones como “*Psiquiatría y sociedad*” (1962) ^[44] y “*Estudios de psiquiatría social en el Perú*” (1963) ^[45], entre otras. En el campo asistencial, existe el antecedente de programas de atención comunitaria desarrollados por el Hospital Hermilio Valdizán (inaugurado en 1961) y el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (fundado en 1982). Sin embargo, el punto de partida de las políticas públicas actuales en el tema de la salud mental se encuentra en la aprobación de tres documentos: los Lineamientos para la Acción en Salud Mental (2004), el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz (2006) y el Plan Nacional de Salud Mental (2006). Estos documentos tienen en común posicionar la salud mental como un derecho fundamental y garantizar la atención de la salud mental desde un enfoque comunitario ^[46].

Bajo esta legislación, a partir del 2012 comenzaron a funcionar hogares protegidos para personas con trastornos mentales crónicos, y desde el 2015 se han venido implementando centros de salud mental comunitaria en todo el territorio del Perú ^[46]. Este proceso, denominado “reforma de la salud mental”, se ha visto reforzado con la promulgación de la Ley de Salud Mental (2019) y su respectivo reglamento (2020), los cuales propician el reemplazo del modelo de atención centrado en el hospital psiquiátrico por el de atención comunitaria, la creación y desarrollo de los centros de salud mental comunitaria y los hogares protegidos, y la atención por equipos interdisciplinarios, entre otras medidas ^[47,48].

La actual pandemia de COVID-19, que comenzó en el 2019 en China y llegó al Perú en marzo de 2020, ha afectado hasta ahora a más de un millón de personas en nuestro país, y ha causado la muerte de 62 mil de ellas (datos de mayo del 2021) ^[49]. En este contexto, tanto los hospitales psiquiátricos como los servicios de psiquiatría de los hospitales generales y los centros de salud mental comunitaria restringieron de manera importante su oferta asistencial, sin que se haya

podido restablecer del todo hasta el momento. Esto ha repercutido seriamente en los usuarios que vieron interrumpido su tratamiento de manera repentina, así como en aquellas personas que han desarrollado trastornos emocionales como consecuencia del fallecimiento de sus seres queridos, el miedo a enfermar, el confinamiento prolongado y las penurias económicas, entre otros factores. Semejante situación ha remarcado las limitaciones de un modelo de atención psiquiátrica y psicológica enfocado en el individuo aislado de su entorno. En tal sentido, el Plan de Salud Mental Perú 2020-2021 en el contexto COVID-19, aprobado en junio del 2020, se propuso reducir el impacto de la pandemia a través de la promoción y prevención en el nivel personal, familiar y comunitario, además del fortalecimiento de la atención especializada [50]. De este modo, el sistema de salud mental en el Perú tiene ante sí un reto que deberá seguir afrontando por un tiempo considerable.

ORCID

Santiago Stucchi-Portocarrero, <https://orcid.org/0000-0002-5344-5420>

Scopus Author ID

6506607842

Referencias bibliográficas

- Mariátegui J. Hermilio Valdizán. El proyecto de una psiquiatría peruana. Lima: Asociación Psiquiátrica Peruana; 1981.
- Mariátegui J. La psiquiatría peruana: presente y futuro. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 1999; 62(1): 3-13. doi: 10.20453/rnp.v62i1.1453
- Suárez R. El concepto genio es de los más dañinos de la historia de la ciencia, siempre es un equipo: Germán Berrios psiquiatra y catedrático de la Universidad de Cambridge [Internet]. *Atlántico (Vigo)*. 2018 [citado el 1 de mayo del 2021]. Disponible en: <https://www.atlantico.net/articulo/vigo/concepto-genio-es-mas-daninos-historia-ciencia-siempre-es-equipo/20180930231139670785.html>
- Valdivia-Ponce Ó. Orientaciones de la psiquiatría en el Perú: balance y perspectiva. En: Peña-Kolenkauskky S, Valdivia-Ponce Ó, Alva-Quiñones J (ed). *Cuarto Congreso Nacional de Psiquiatría. "Balance y perspectivas de la psiquiatría en el Perú"*. Lima, 26-30 de agosto de 1976. Volumen 4. Lima: Asociación Psiquiátrica Peruana; 1977. p. 25-33.
- Mariátegui J. Ruta social de la psiquiatría peruana. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 1972; 18: 371-376.
- Alarcón RD. Identidad de la psiquiatría latinoamericana. Voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria. México: Siglo Veintiuno Editores; 1990.
- Torres-Arancivia E. Buscando un rey. El autoritarismo en la historia del Perú. Siglos XVI-XXI. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2007.
- Lossio J. La ciencia médica y la salud pública en el Perú decimonónico: la visión del médico británico Archibald Smith. En: Cueto M, Lossio J, Pasco C (ed). *El rastro de la salud en el Perú*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2009. p. 91-109.
- Stucchi-Portocarrero S. Apuntes sobre la locura en el Virreinato del Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2019; 82(1): 66-83. doi: 10.20453/rnp.v82i1.3485
- Céard J. Entre lo natural y lo demoníaco: La locura en el Renacimiento. In: Postel J, Quérel C. *Nueva historia de la psiquiatría*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica; 2000. p. 89-102.
- Valdivia-Ponce Ó. Historia de la psiquiatría en el Perú. Lima: Gráfica Morsom SA; 1964.
- Stucchi-Portocarrero S. Loquerías, manicomios y hospitales psiquiátricos de Lima. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2012.
- Postel J. Del acontecimiento teórico al nacimiento del asilo (el tratamiento moral). En: Postel J y Quérel C. *Nueva historia de la psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica; 2000. p. 154-62.
- Ulloa JC. Loquerías. *Gaceta Médica de Lima*. 1857; 1(1): 8-10.
- Ulloa JC. Inauguración de la loquería. *Gaceta Médica de Lima*. 1859; 4(79): 385-389.
- Orbegoso-Galarza A. Orígenes sociales de la psicología y la psiquiatría en el Perú (1850-1930). Lima: Sociedad Peruana de Historia de la Psicología & Joshua Editores; 2018.
- Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*. Paris: Richard, Caille et Ravier; 1801. Versión digital. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k432033/f4.image.textelimage>
- Ulloa JC. De la reclusión de los enajenados. *La Gaceta Médica*. 1861; 121: 321.
- Muñiz MA. Asistencia pública de los enajenados. Concurso para la construcción de un manicomio. Texto. Lima: Ministerio de Fomento; 1897.
- Stucchi-Portocarrero S. Los cien años del Hospital Víctor Larco Herrera. *Acta Herediana*. 2018; 61(1): 59-67. doi: 10.20453/ah.v61i0.3292
- Amaya-Núñez E. Ingenieros, arquitectos, médicos y locura. La construcción del Asilo Colonia de la Magdalena (1896-1918). *Devenir*. 2018; 5(10): 65-90. doi: 10.21754/devenir.v5i10.599
- Caravedo B. Memoria de la Dirección. Correspondiente al primer trimestre de 1932. Lima: Imprenta Hospital Víctor Larco Herrera; 1932.
- Sacristán C. Por el bien de la economía nacional. Trabajo terapéutico y asistencia pública en el Manicomio de La Castañeda de la ciudad de México, 1929-1932. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. 2005; 12(3): 675-692. doi: 10.1590/S0104-59702005000300003
- Delgado H. Treatment of paresis by inoculation with malaria. *The Journal of Mental Diseases*. 1922; 55: 376-389.
- Krumdieck CF. Sobre el tratamiento de la alienación mental por el Cardiazol a dosis convulsivante. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 1938; 1(4): 504-515.
- Delgado H, Valega JF, Gutiérrez-Noriega C. Contribución al tratamiento de la esquizofrenia con insulina. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 1938; 1(4): 463-498.
- Delgado Cornejo C. Tratamiento de las enfermedades mentales por electro-shock. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 1943; 6(3): 263-316.
- Trelles JO, Saavedra A. Cura de sueño con Largactil en el tratamiento de algunos desórdenes mentales. Primeros resultados en el Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 1954; 17(2): 125-161.
- Valdizán H. La delincuencia en el Perú (Ensayo de criminología Nacional). *La Crónica Médica*. 1910; 27: 125-141, 145-152, 171-176, 177-184, 193-200, 205-210.
- Valdizán H. La alienación mental entre los primitivos peruanos. Tesis del doctorado. Lima: Universidad Mayor de San Marcos (Facultad de Medicina); 1915.
- Valdizán H. Locos de la colonia. *Anales de la Facultad de Medicina de Lima*. 1918-1919; 1: 169-185; 2: 128-140, 173-195; 3: 25-41, 71-92, 198-218; 4: 64-80.
- Delgado H. *Curso de Psiquiatría*, 6ta ed. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1993 (reimpresión de la edición de 1969).
- Alarcón R. Historia de la psicología en el Perú. De la Colonia a la República. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2000.
- Ríos-Molina A. Racial degeneration, mental hygiene, and the beginning of Peruvian psychiatry, 1922-1934. *History of Psychology*. 2019; 22(3): 225-243. doi: 10.1037/hop0000115
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Decreto Ley N° 11272. Reglamento de higiene mental. Lima, 1953. Reimpresión en *Anales de Salud Mental*. 1988; 4 (1-2): 143-158.
- Stucchi-Portocarrero S. Eugenics, medicine and psychiatry in Peru. *History of Psychiatry*. 2018; 29(1): 96-109. doi: 10.1177/0957154X17741232
- Caravedo-Prado B. La Reforma Psiquiátrica en el Perú. Lima: Clínica Baltazar Caravedo; 1985.
- Delgado H. El psicoanálisis. *El Comercio*; 1 de enero de 1915. p. 17-18.
- Delgado H. El psicoanálisis en sus aplicaciones extrapsiquiátricas. *Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas*. 1918; 1(2): 78-111.
- Asociación Psiquiátrica Peruana. 58 años de historia. Lima: Exituno SA Impresiones Gráficas; 2012.
- Scull A. Locura y civilización. Una historia cultural de la demencia, de la Biblia a Freud, de los manicomios a la medicina moderna. México: Fondo de Cultura Económica; 2019.
- Feldman JM. History of community psychiatry. En: McQuiston HL, Sowers WE, Ranz JM, Feldman JM (ed). *Handbook of Community Psychiatry*. New York: Springer; 2012. p. 11-18.
- Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas. Adoptada por aclamación por la Conferencia Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. 1990 [citado el 1 de mayo del 2021]. Disponible en: http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf
- Seguín CA. *Psiquiatría y sociedad. Estudios sobre la realidad peruana*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1962.
- Rotondo H, Caravedo B, Mariátegui J. *Estudios de psiquiatría social en el Perú*. Lima: Ediciones del Sol; 1963.
- Toyama M, Castillo H, Galea JT, Brandt L, Mendoza M, Herrera V, Mitrani M, Cutipé Y, Caverro V, Diez-Canseco F, Miranda JJ. Peruvian mental health reform: a framework for scaling-up mental health services. *International Journal of Health Policy and Management*. 2017; 6(9): 501-508. doi: 10.15171/IJHPM.2017.07
- Congreso de la República. Ley N° 30947, Ley de Salud Mental. El Peruano [Internet]. 23 de mayo del 2019 [citado el 1 de mayo del 2021]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/ley-de-salud-mental-ley-n-30947-1772004-1>
- Presidencia de la República. Decreto Supremo N° 007-2020-SA. Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental. El Peruano [Internet]. 5 de marzo del 2020 [citado el 1 de mayo del 2021]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30947-decreto-supremo-n-007-2020-sa-1861796-1>
- Sala situacional COVID-19 Perú. [Internet]. Ministerio de Salud. 2021 [citado el 1 de mayo del 2021]. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
- Ministerio de Salud. Plan de Salud Mental Perú 2020-2021 en el contexto COVID-19. Resolución Ministerial N° 363-2020-MINSA [Internet]. 5 de junio del 2020 [citado el 1 de mayo del 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf>



Escudo nacional del Perú, decretado por el libertador Simón Bolívar, el 24 de febrero de 1825, diseñado por el doctor José Gregorio Fernández de Paredes y Ayala (n.1778-m.1839), médico, político y cosmógrafo. Colección del Museo del Banco Central de Reserva del Perú, 1832.

Republic's history through epidemics

La historia de la República a través de las epidemias

Ciro Maguiña-Vargas ^{1,b}
Renata Pulcha-Ugarte ^{1,a}
Mayte Pizarro-Lau ^{1,c}

Ciro.maguina@upch.pe
pulcharenata@gmail.com
mayte.pizarro.lau@upch.pe

- ¹ Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
^a Médico especialista en Enfermedades Infecciosas y Tropicales.
^b Médico cirujano.
^c Estudiante de Medicina Humana de la UPCH.

Contribuciones de autoría

Los autores han desarrollado íntegramente la concepción y el diseño del artículo, recolección de información bibliográfica, la redacción del manuscrito y la revisión crítica del artículo. Los autores se hacen responsables de todos los aspectos que integran el manuscrito.

Fuentes de financiamiento

Este trabajo fue autofinanciado por los autores.

Declaración de conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

Autor Corresponsal:

Ciro Maguiña-Vargas
Dirección: Calle Abraham Valdelomar 685, Pueblo Libre, Lima
Teléfono celular: 994 - 699439

RESUMEN

En los 200 años de recorrido de nuestra República, debido a las condiciones climáticas, ambientales, sociales y económicas de nuestro país, han emergido o reemergido diversas enfermedades causando brotes o epidemias de grado variable, algunas presentes incluso desde épocas precolombinas como la enfermedad de Carrión. Estas epidemias, además de causar daño a la salud de las personas y a la salud pública, han motivado que muchos médicos peruanos y extranjeros las estudien y aporten a su conocimiento. En este artículo presentamos solo algunas dolencias con sus hechos históricos más relevantes, como la fiebre amarilla, la enfermedad de Carrión, el cólera, la peste y la malaria, que han acompañado a nuestra civilización desde hace cientos o miles de años; este es el caso de la verruga peruana, la que hasta el año 1885, posterior al sacrificio de Daniel Alcides Carrión, recién capta el foco de atención. Es a fines de la década de los setentas que esta enfermedad recobra notoriedad, debido a un rebrote en los valles de Áncash, Lima y Cajamarca, con

investigaciones emprendidas actualmente por médicos peruanos. Hoy en día son pocos los casos reportados de la enfermedad de Carrión, cuyo manejo nacional es un ejemplo en el control de enfermedades.

La malaria, otra dolencia que afectó de manera importante a nuestra población, sigue siendo un gran problema de salud pública que no ha podido ser controlado actualmente, si bien el Perú ha aportado como país a su estudio y manejo con el uso de la “quina”, una corteza de la especie de los árboles *Cinchona officinalis*, especie original de la Amazonía peruana, de la cual se extrae el compuesto activo, la quinina, que se emplea en este tratamiento.

Si hay alguna patología a la que le debemos la creación y desarrollo de entes gubernamentales encargados del control sanitario, esta es la peste, grave enfermedad traída de otros continentes y cuya primera aparición en el país produjo una gran inestabilidad, e hizo necesaria la creación del Instituto Municipal de Higiene de Lima y la Dirección de Salubridad Pública, las que aplicaron medidas de control vigentes hasta la fecha.

La fiebre amarilla urbana, de alta letalidad en diversos puertos de América durante varios siglos, causaba mucho pánico hasta que, felizmente, la aparición de la vacuna cambió su curso histórico y hoy en día está controlada. Cerca al inicio del nuevo milenio, en el año 1991, América y especialmente el Perú fueron afectados por una grave epidemia de cólera que azotó a todo nuestro territorio. Gracias a las acciones de control del gobierno y del ministerio de Salud de esa época, y con el apoyo de toda la población, se pudo controlar este mal, con una baja letalidad. La historia de la república está asociada a la de muchas epidemias, y de cómo estas han ido forjando la Escuela Médica Peruana.

Así, el Bicentenario de la independencia peruana nos encuentra sumergidos en una pandemia, la de COVID-19, que pareciera nunca concluir, y que nos obliga a recordar y reflexionar sobre las diversas epidemias desde una perspectiva distinta. En palabras del filósofo y poeta Santayana: “el pueblo que no conoce su historia está condenado a repetirla”, y es justamente ahí donde radica la importancia de este capítulo, no sólo conocer los hechos, sino también las deficiencias para poder superarlas, al tiempo de resaltar los aportes e investigaciones de muchos médicos, del ayer y hoy, que pusieron sus vidas en riesgo por el bien de la salud de nuestro país.

Palabras clave: Enfermedad de Carrión, Malaria, Fiebre Amarilla, Cólera, Peste.

SUMMARY

In the 200 years of our Republic's journey, due to the climatic, environmental, social and economic conditions of our country, various diseases have emerged or re-emerged causing outbreaks or epidemics of varying degrees, some present even since pre-Columbian times such as Carrión's disease. . These epidemics, in addition to causing damage to people's health and public health, have motivated many Peruvian and foreign doctors to study and contribute to their knowledge.

In this chapter we present only some ailments with their most relevant historical facts of Yellow Fever, Carrion's Disease, Cholera, Plague and Malaria,

Some of the diseases that we will discuss below have accompanied our civilization for hundreds or thousands of years. This is the case of the Peruvian wart, although it is not until 1885, after the sacrifice of Daniel Alcides Carrión, that it takes the spotlight. Years later, it regained notoriety at the end of the seventies, due to a regrowth in the valleys of Ancash, Lima and Cajamarca, of which current Peruvian medicine doctors were part. Today there are few reported cases of Carrión's disease, thus being a national example in disease control management.

*Malaria, another disease that significantly affected our population, continues to be today a major public health problem that has not been able to be controlled, but to which we have contributed as a country in its study and management with the use of the “cinchona”, the bark of *Cinchona officinalis* trees from the Peruvian Amazon, from which the active compound, quinine, is extracted.*

If there is any pathology to which we owe the creation and development of governmental entities in charge of sanitary control, it is the plague, a serious disease brought from other continents, since the situation of instability that it produced made necessary the creation of directives such as the Municipal Institute of Hygiene de Lima and the Public Health Directorate, which applied control measures in force to date.

Urban yellow fever, of high lethality in many ports of America for several centuries, caused much panic and, happily, with the appearance of vaccines, the historical course of this serious ailment, which today is controlled, could be changed.

Near the beginning of the new millennium, in 1991, America was affected, especially Peru, a serious cholera epidemic hit our entire territory. Thanks to control actions by the Government and the Ministry of Health at that time, which also had the support of the entire population, it was controlled, which also caused low fatality.

The history of the republic is also associated with the history of many epidemics, and how they have been forging the Peruvian medical school, some of the ailments have

been controlled, others are still present today. The bicentennial finds us immersed in a pandemic, that of COVID 19, which seems to never end, and which forces us to remember and reflect on the various epidemics from a different perspective. In the words of the philosopher and poet Santayana: "the people who do not know their history are condemned to repeat it", and that is precisely where the importance of this chapter lies, not only in knowing the facts themselves, but also emphasizing the deficiencies that they led us to these, but without ceasing to highlight the contributions and research made by many former and current doctors, some of them put their lives at risk for the good of the health of our country.

Key words: Carrión's disease, Malaria, Yellow Fever, Cholera, Plague.

Enfermedad de Carrión

La enfermedad de Carrión, conocida como verruga peruana o fiebre de La Oroya, es causada por la bacteria *Bartonella bacilliformis*. Es una dolencia emblemática de la medicina peruana y está muy ligada a la historia y al desarrollo de la ciencia y docencia hasta nuestros días. El interés que causó entre los médicos peruanos generó grandes aportes a lo largo de varias décadas y más recientemente el hallazgo de nuevas bartonellas, como el araño de gato [1-6].

No se sabe con exactitud desde cuándo existe en el Perú, sin embargo, algunas culturas precolombinas como la Moche, Chimú y Huaylas, que existieron entre los siglos IV y VII, realizaron representaciones en huacos y monolitos que contenían figuras con lesiones verrucosas (Figura 1 y 2). Allison y sus colaboradores efectuaron estudios microbiológicos en una momia peruana precolombina, encontrando bacterias semejantes a la *Bartonella bacilliformis*, en las lesiones eruptivas que presentaba en el rostro [1-3,7].

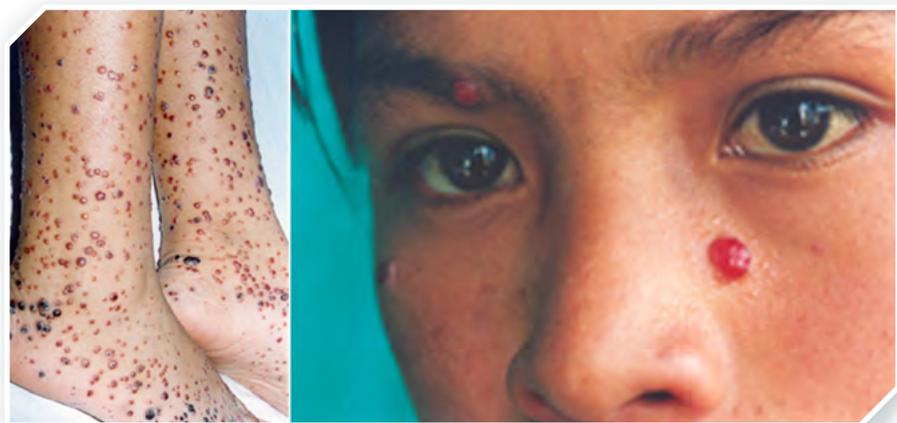


Figura 1 y 2. Lesiones verrucosas localizadas en los miembros inferiores y el rostro respectivamente.

Posteriormente, en la época de la conquista, el cronista Miguel de Estete relata la epidemia de 1540 acontecida en Ecuador y realiza la primera descripción clínica de la enfermedad, denotando la fase aguda febril y la subsecuente fase eruptiva. En 1632, el cirujano Pedro Gago de Vadillo realiza el primer reporte de la enfermedad de Carrión en el Perú, señalando a Huaylas, provincia de Áncash, como la primera zona endémica de la fase eruptiva [1,3,8,10].

En el siglo XIX, este mal comienza a tener mayor notoriedad, tal es así que el doctor Tomás Salazar aborda el tema en su tesis de bachiller, describiendo la historia natural de la verruga peruana en la población de Santa Eulalia, provincia de Huarochirí, departamento de Lima, que clasifica como un foco endémico. Además, realiza importantes aportes sobre la enfermedad, como las cuatro fases de la forma verrucosa (invasión, erupción, periodo sangrante y desecación) y la capacidad de ser transmitida por vía placentaria [1,3,7].

En 1870, el gobierno peruano decidió instalar una vía ferroviaria que conectara el puerto del Callao con la región minera de La Oroya, en el departamento de Junín, a más de 3 800 msnm; para esta colosal obra se contrató a más de 21 000 obreros, entre ellos chinos, chilenos, bolivianos y peruanos. Durante esta construcción se produjo una grave enfermedad desconocida, caracterizada por fiebre y anemia severa que terminó con la muerte de casi 7000 trabajadores de la obra. Después de este devastador evento se popularizó el nombre de fiebre de La Oroya para referirse a la enfermedad [1-3].

En la siguiente década, el enigma sobre la supuesta relación entre la fase aguda y la eruptiva era algo urgente de ser resuelto, ello generaba mucha intriga entre los médicos jóvenes peruanos. Daniel Alcides Carrión García (Figura 3), estudiante de la Facultad de Medicina de San Fernando de la Universidad Mayor de San Marcos, estaba determinado a aclararlo.



Figura 3. Daniel Alcides Carrión García, estudiante de la Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad Mayor de San Marcos.

En palabras del doctor Oscar Pamo: “El móvil que llevó a Carrión a realizar su experiencia fue el deseo de conocer el pródromo de la enfermedad de verrugas para oponerle tratamiento adecuado y evitar el error diagnóstico. Este concepto es esencial para entender su proceder, pero ha sido tergiversado en el tiempo” [9]. De esta forma, en 1885, en el Hospital Dos de Mayo de Lima, con la ayuda del doctor Evaristo Chávez, Carrión se inoculó sangre extraída de la lesión verrucosa del rostro de un paciente de 14 años, infectado con la enfermedad. Pasadas tres semanas, desarrolló fiebre y otros síntomas relacionados, confirmando así la relación inherente entre una fase y la otra, falleciendo en algo más de un mes desde la inoculación [1-3,9,10].

Trazado el camino, otros médicos investigadores dieron pasos firmes hacia el descubrimiento del mecanismo de infección de la enfermedad. En 1909, el médico microbiólogo, Alberto Barton, identifica el agente etiológico dentro los hematíes infectados; por este motivo, en su homenaje, la bacteria toma el nombre de *Bartonella bacilliformis* [1,3,10,11].

Charles Henry Tyler Townsend, un entomólogo norteamericano fue quien identificó el vector que transmite la bacteria y lo llamó *Phlebotomus verrucarum* (actualmente *Lutzomyia verrucarum*), después de haberlos, literalmente perseguido, en cazas nocturnas con lámparas alrededor de las zonas endémicas, donde los pobladores los conocían como “titiras” [7].

En 1926, Hideyo Noguchi, médico japonés, quien se encontraba en el país estudiando la fiebre amarilla, reprodujo *in vivo* en animales lo que Carrión había experimentado en sí mismo, aislando la *Bartonella bacilliformis* en el suero y las lesiones dérmicas de monos inoculados con sangre de pacientes con la enfermedad de Carrión [7].

Posteriormente muchos investigadores nacionales e internacionales realizaron notables trabajos sobre su historia, epidemiología, microbiología, genética, clínica, inmunidad, serología, terapia, etc., entre los que podemos nombrar a Tomás Salazar, Ernesto Odriozola, Telémaco Battistini, Alberto Barton, Daniel MacKehenie, Raúl Rebagliati, Luis Aldana, Pedro Weiss, Carlos Monge, Oswaldo Herculles, Manuel Cuadra, Hideyo Noguchi, Héctor Colichón, Arístides Herrero, Uriel García, Juan Takano, Hernán Miranda, Manuel Tamayo, Sixto Recavarren, Guillermo Contreras, Javier Arias Stella, Raúl Patrucco, Hugo Lumbreras, Hugo Vizcarra, Eduardo Gotuzzo, Abraham Cáceres, Enrique Pérez, José Neyra, Oscar Pamo, Manuel Cuadra, Richard Birtless, David Blazes, Paul Pachas, Palmira Ventosilla, Patricia Breña, Henríquez, Erick Huarcaya, Ricardo Álvarez, Eloy Ordaya, y Graciela Alarcón, entre otros [1-3,8-12-16].

En las últimas tres décadas, investigadores del Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), descubrieron que la enfermedad también se presenta a mayores alturas de los 2800 msnm, incluso hasta los 3200 msnm, y la existencia de nuevas áreas endémicas en la selva alta.

Fueron descubiertas también nuevas complicaciones infecciosas en la fase aguda, como la reactivación de toxoplasmosis, neumocistosis, leptospirosis, sepsis por estafilococos, *Enterobacter*, superinfección por histoplasmosis; complicaciones cardiovasculares: pericarditis, taponamiento cardíaco, miocarditis; y también nuevas terapias para la fase aguda, y la ciprofloxacina y azitromicina para la eruptiva [1,3,5,9,13-17]. En relación a las nuevas Bartonellas, los doctores Ciro Maguiña, Ercik Huarcaya y Palmira Ventosilla realizaron el primer estudio prospectivo de la enfermedad del arañazo de gato en el Perú [18], asimismo Maguiña y Blazes identificaron una nueva especie, la *Bartonella ancashensis* (Foto 4) [6].



Figura 4. San Marcos de Huari, Ancash. Zona endémica de Enfermedad de Carrión.

En cuanto a la epidemiología, se ha visto que el comportamiento de la enfermedad puede verse influenciado por eventos ambientales, tales como el Fenómeno del Niño durante los años 1992-93 y 1997-98 [19]. El incremento de casos después de estos episodios generó el interés de la Dirección de Salud de Áncash, que organizó el “Proyecto Verruga”, en convenio con la Naval Medical Research Institute Detachment y la Uniformed Services University de Bethesda, Estados Unidos de América, con el objetivo de ampliar la información sobre la enfermedad y mantener una vigilancia entomológica con tecnología de alta gama [20].

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades ha reportado 21 casos de la enfermedad de Carrión hasta la semana 15 del año 2021; de estos, el 57.14 % corresponden a la forma aguda de la enfermedad y en el 38.10 % no se especifica. El 80.95 % de los casos reportados corresponde al grupo etario de 0 a 11 años, siendo los varones los que tienen mayor porcentaje de infección. Lima y Ayacucho son los departamentos que notifican con mayor frecuencia casos de esta enfermedad [21].

Malaria

La malaria es una enfermedad de gran antigüedad en la historia del ser humano y sigue siendo hasta el día de hoy uno de los grandes problemas de salud pública que no ha podido ser controlado. Sus primeras descripciones se remontan al año 2700 a. C. en el Huangdi Neijing, un antiguo escrito de la medicina tradicional china. En el antiguo Egipto, alrededor del 1500 a. C., también se relatan fiebres intermitentes en el Papiro Ebers. Hipócrates y Celso, a su vez, escriben sobre las calenturas, llamándolas “tercianas, semitercianas o cuartanas” [22]. Incluso se sabe que grandes personajes de la historia, como Cristóbal Colón y George Washington padecieron la enfermedad [23].

Se ha señalado que existen “datos históricos sobre la presencia de las ‘fiebres intermitentes o tercianas’ en la población peruana prehispánica, así como del conocimiento de las relaciones de esta afección con el clima ‘caliente’ de ciertas áreas geográficas del país”, asimismo la existencia del vocablo quechua *chucchu*, para designar al “frio de la fiebre” [24].

El Perú, así como algunos países africanos, es endémico de malaria hasta la actualidad. Se piensa que el ingreso del *Plasmodium falciparum* se dio entre los siglos XVI y XVII, con la llegada de africanos que fueron traídos mediante el tráfico de esclavos. Hay evidencia de una epidemia de malaria que atacó severamente a las tropas del ejército Libertador en 1821, acantonadas en Huaura, Lima; incluso el mismo José de San Martín fue víctima de la infección [24].

Nuestro país jugó un rol importante en la historia de la malaria, pues hizo una contribución significativa al manejo de la enfermedad, a través de la quina, una corteza oriunda de los Andes, que mostró efectividad en la cura de los pacientes infectados [25]. A pesar que los primeros registros oficiales sobre sus efectos datan de 1663, la quina es descrita por primera vez por el jesuita Bernabé Cobo en 1635, quien no solo refiere que calmaba los síntomas, sino también que ya se conocía en Europa como el “polvo de los jesuitas”. Más adelante, en 1639, enferma la esposa del virrey del Perú, la condesa de Chinchón, quien por medio del jesuita confesor de su esposo conoce a la quina, usada por la población indígena, con la cual sana rápidamente [26].

En el siglo XIX, en medio del boom de la exportación del guano y el salitre, se hace evidente la relación entre la malaria y las malas condiciones socioeconómicas a las que estaban sometidos los operarios explotados bajo un sistema de “enganche”, en el que recibían el salario adelantado a cambio de su mano de obra, para quedarse luego “enganchados” a una cadena de labores sin fin [24].

En 1907, luego del traslado de un importante número de europeos a la región de Chanchamayo, en la selva alta del Perú, organizado por la Sociedad de Migración Europea, estalló una terrible epidemia de malaria. El gobierno intentó controlarla promulgando un dispositivo que obligaba a contar con dos puestos de salud con un médico cada uno, que se encargaran de los pacientes

hospitalizados de la región, y otro médico para los valles de Chanchamayo y Vitoc, con la función de administrar y repartir profilaxis antimalárica a las poblaciones en riesgo. Además, se impusieron medidas de salud pública como evitar el estancamiento de agua o la presencia de pantanos. La recientemente creada Dirección de Salubridad, en conjunto con la Sociedad Filantrópica de Chanchamayo, aseguró el cuidado de los pobladores de La Merced durante este brote [24].

A pesar de los esfuerzos por combatir la malaria, en 1916 aún se presentaba un importante número de casos, por esto es que se promulga la Ley N° 2364, conocida como la “Ley de Profilaxia del Paludismo”, que encargaba al poder Ejecutivo la toma de medidas drásticas, desde asegurar la atención para el enfermo hasta la mejora de la calidad de las habitaciones para disminuir la posibilidad de transmisión del vector. Ocho años más tarde, se incluye a la malaria dentro de las enfermedades de notificación obligatoria inmediata [24].

En 1932, en Quillabamba, provincia de La Convención, en Cusco, se presenta una gran epidemia de malaria, fomentada por las precarias condiciones en las que vivía la población migrante obrera, condicionada por el hacinamiento y la falta de aseo. Lamentablemente, esta crisis sanitaria se desenvuelve en medio de una terrible situación política durante el gobierno del comandante Luis Miguel Sánchez Cerro, quien no consideraba a la enfermedad palúdica como un tema de urgente manejo. Por ese motivo, la campaña antimalárica se puso en marcha un año después de iniciada la catástrofe, por ello la epidemia golpeó duro a la población cusqueña, llevándose la vida de 6000 a 8000 personas, aunque no se conocen cifras exactas pues no había registros oficiales de lo ocurrido [27].

A pesar de generar notables pérdidas, tanto en recursos humanos como económicos, el Estado no le atribuía la importancia que ameritaba a dicha dolencia [24]; recién entre 1938 y 1943 se incrementa el presupuesto asignado al manejo de la malaria en el país, de S/ 320 000 a S/ 1 300 000. Además, se suma a la lucha antimalárica la presencia norteamericana, a través del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) y la Fundación Rockefeller, quienes posteriormente asumen un papel trascendental en el control de la enfermedad. En 1946 se introdujo el novedoso sistema de fumigación con dicloro difenil tricloroetano (DDT), propuesto por la Fundación Rockefeller, en lugar de los larvicidas utilizados hasta entonces, con la ventaja de que este permanecía activo por periodos largos, incluso por meses. Para 1953, se habían rociado cerca de 50 valles, tanto de la costa como de la selva [27].

En 1957, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en asociación con UNICEF, organiza la campaña antimalárica mejor potenciada de recursos hasta ese momento, con la cual se consiguió interrumpir la transmisión del vector en ciertos departamentos. Se evidenció una disminución en la tasa de incidencia de la enfermedad en los primeros años de la década de 1960, que se mantuvo a lo largo de ese decenio, traduciéndose, en 1968, en la reducción en más del 80 % el área infectada a nivel nacional.

Poco después, el gobierno norteamericano suspende el financiamiento de la campaña, que sumado a la entrada al poder del gobierno militar encabezado por el general Juan Velasco Alvarado, condiciona nuevamente la falta de interés en erradicar la malaria del territorio nacional^[27]. A partir de 1970 se observa el incremento de casos anuales y en el índice parasitario anual malárico.

Durante la década de 1980, a pesar del subregistro, debido al temor que generaba estar en lugares públicos por los actos de terrorismo, se mantuvo un incremento gradual en el total de casos^[24].

En la actualidad, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades ha reportado 3426 casos de malaria hasta la semana 15 del 2021; de ese total 80.7 % fueron causados por la especie *Plasmodium vivax*, y el 19.03 % por el *P. falciparum*. En el transcurso de ese año se presentó al menos un caso de malaria en 64 distritos del país, siendo el 95 % proveniente de los departamentos de Loreto y Junín, según datos del Análisis de Situación de Salud (ASIS). En el 2020, para esta misma época del año, se habían notificado 5332 casos a nivel nacional.

Fiebre amarilla

El mosquito *Aedes aegypti*, vector de la fiebre amarilla, existe desde hace cientos de años en África. En América hay registros de casos tan antiguos como en 1494, en Santo Domingo. En el Perú, aparece por primera vez a bordo de un navío en 1730, y en 1740 se reporta un brote proveniente de Guayaquil^[27-30]. Si bien en América muchos puertos como New Orleans, Santo Domingo o Cuba eran conocidos como focos peligrosos de esta terrible dolencia, no es hasta el boom del guano a mediados del siglo XIX que los casos empiezan a aparecer con mayor fuerza en el Perú, al llegar embarcaciones desde puertos de áreas endémicas^[27,28].

A mediados de febrero de 1868 fallece un hombre extranjero a pocos días de su llegada al puerto del Callao, presentó fiebre, dolores de cabeza y vómitos; a este caso se sumaron otros, generando gran preocupación entre la población^[29]. De esta manera se inicia la epidemia de fiebre amarilla más severa de nuestra historia, de la cual se relata que hubo tantos cadáveres que se acumulaban en las calles por falta de personal para trasladarlos al cementerio^[27].

La principal medida fue el control de las embarcaciones en el Callao, se pedía al capitán de cada barco la información sobre su procedencia, el número de tripulantes y las enfermedades que estos hubieran presentado durante el viaje. En caso de no declararse ningún enfermo, procedían a subir a bordo los médicos titulares del puerto, quienes inspeccionaban el barco y evaluaban la patente de sanidad. Además, se realizó la cuarentena de la tripulación en aquellos casos donde se encontraran enfermos o se sospechara que podrían portar la enfermedad, a quienes se aisló

en la isla San Lorenzo en el caso de los extranjeros, mientras que los residentes de Lima fueron trasladados a ciertos cuarteles del ejército^[28,29].

En ese momento se verificó un gran prejuicio hacia los migrantes chinos que llegaron a trabajar en las islas guaneras como mano de obra barata, pues recientemente había sido abolida la esclavitud en el país. Fueron ellos a quienes se culpó por el inicio de la epidemia, y se les impusieron cuarentenas más estrictas a pesar de no encontrarse enfermos^[23,29].

En ese entonces, estaba vigente la teoría miasmática por la cual se creía que las enfermedades se adquirían por medio efluvios fétidos que eran absorbidos por las personas, causando el envenenamiento de la sangre. Basándose en esta teoría se utilizaron distintos tipos de medicamentos purgantes a fin de expulsar el agente del cuerpo y se recomendó la aplicación de la sangría general para disminuir la sangre envenenada. Se creyó necesario también aislar a los enfermos en los lazaretos, los cuales eran llevados por medio de un carruaje proporcionado por la municipalidad de Lima. Se realizaron también visitas a casas, bodegas y mercados para evaluar la calidad de los alimentos, así como a los cuarteles militares para vigilar el aseo, y se quemó alquitrán en las plazas públicas pues se creía que era un gran desinfectante^[27,29].

La epidemia tuvo su mayor auge en abril, extendiéndose desde el Callao hacia la ciudad de Lima, llegando a una mortalidad del 50 %; inició su descenso en mayo, finalizando así en el mes de junio. Si bien se tienen registradas aproximadamente 2 500 muertes, basándose en la cantidad de enterrados por fiebre amarilla, se considera que el número probablemente fue mucho mayor pues no se tiene en cuenta que por las circunstancias, muchos muertos fueron arrojados al mar y no enterrados^[28,29].

En 1919, se inicia en Piura una epidemia que se convertiría en la última de fiebre amarilla urbana del país hasta la fecha y que llegó a extenderse hasta La Libertad. A diferencia de epidemias anteriores, ya se tenía conocimiento de la forma de transmisión de la enfermedad, gracias a que, en 1881, el médico cubano Carlos Finlay propuso al mosquito *Aedes aegypti* como vector de la enfermedad, teoría que confirmó en 1900 el médico militar norteamericano Walter Reed^[27].

Por ello, las medidas adoptadas incluyeron la fumigación y la limpieza de los contenedores de agua, ambas poco efectivas y difíciles de implementar debido a su alto costo y la escasez de agua que trajo consigo una gran resistencia de la población. Además, se trasladaron los enfermos a los lazaretos, se clausuró el puerto de Paita, se creó un cordón sanitario y se prohibieron todas las reuniones a partir de las 6 de la tarde. A este brote se sumó uno de peste bubónica por lo que se decidió incinerar Paita por completo, pero esta medida también enfrentó una gran resistencia de la ciudadanía, por lo que sólo se hizo en el 10 % de la localidad^[27,29,30].

En 1921, la Fundación Rockefeller le ofrece al gobierno los recursos necesarios para la campaña contra la fiebre amarilla, ayuda que fue aceptada de inmediato. Se inició el uso de la vacuna

de Noguchi, que hacia finales de los años veinte demostró que no era eficaz. La medida más importante de esta campaña fue la implementación de peces que actuaron como larvicidas en los contenedores de agua, un método sencillo y efectivo al que se le atribuye el fin de la epidemia en el norte del país [22].

Ya que los esfuerzos se concentraron en la eliminación de las larvas, el registro del número de casos y muertes no se realizó de manera detallada, pero se estima un aproximado de 15 000 casos y 1 500 muertes, concentrados en su mayoría en Lambayeque [27].

Desde 1922, el país no ha reportado ningún caso de fiebre amarilla en la costa del Perú [27]. A partir de 1937 se encontró disponible una vacuna para la enfermedad, esta se declara obligatoria para las zonas endémicas en 1941 [4].

En 1958 la Organización Mundial de la Salud (OMS) certifica la erradicación del *Aedes aegypti* en el Perú, lo que había sido señalado dos años atrás [28], sin embargo, por falta de una vigilancia entomológica correcta, se produce la reaparición de la enfermedad en nuestra selva veintiocho años más tarde, en 1984 [27,28,31,32].

La fiebre amarilla selvática, variante que actualmente afecta nuestro país, tuvo su primer brote en 1913, a pesar de que el primer registro oficial se dio en Junín en 1925. La mayor parte de los casos están situados actualmente en cuencas hidrográficas que fueron identificadas en 1938 [28].

Desde 2016 hasta la fecha, la sala situacional del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades muestra 108 casos de fiebre amarilla selvática en todo el territorio nacional. Hasta la semana 15 de 2021 se han reportado 11 casos, de los cuales cuatro fueron mortales. Actualmente, Ucayali es el departamento que reporta la mayor cantidad de casos, seguido de San Martín y Loreto.

Peste bubónica

La peste es una enfermedad infectocontagiosa considerada una de las más severas y temidas, que no sólo causó gran pánico a la humanidad a través de los siglos, sino millones de muertos [30,33].

Al recordar las grandes epidemias, la primera denominada Peste de Justiniano (siglos VI- VII) produjo más de 100 millones de muertos; y luego la Peste Negra (siglos XIV- XVIII) causó grandes estragos en Europa y Asia, generando no solo millones de fallecidos, sino también una severa crisis económica, social y sanitaria.

En mayo de 1903 se inició una epidemia de peste bubónica en el Perú, cuando se registró el fallecimiento en el puerto del Callao de varios trabajadores del Molino Santa Rosa. Se cree

que la enfermedad llegó en una embarcación proveniente de Bangkok (Siam, hoy Tailandia) [30,34-37]. Rápidamente se propagó a Lima y los puertos principales de la costa; hacia 1910, los puertos dejaron de ser el foco principal de la epidemia, convirtiéndose en una enfermedad principalmente rural que se extendió a las regiones andinas de Piura, Lambayeque y Cajamarca. Hasta el final de la epidemia, en los años 30, se reportaron casos en 12 departamentos del país [30,36,37].

Lamentablemente, en esa época no existían organismos sanitarios para el control de las enfermedades infectocontagiosas, el primer proyecto serio se inició en 1901 cuando se creó el Instituto Municipal de Higiene de Lima, el cual inició sus actividades en 1904 [27]. Dicho instituto fue dirigido por el médico italiano Ugo Biffi, quien en 1903 aisló el bacilo en los enfermos de peste, convirtiéndose en la primera epidemia en la historia peruana en tener un diagnóstico etiológico [36].

También en 1903, se crea la Dirección de Salubridad, institución adscrita al Ministerio de Fomento que tuvo a su cargo al Instituto Nacional de la Vacuna y los médicos encargados de los lazaretos, las estaciones sanitarias de los puertos y de las provincias, y sería el primer antecedente para la posterior fundación del Ministerio de Salud, en 1935 [27]. Para el control de la peste se incluyó el aislamiento de los enfermos, la fumigación de sus viviendas con azufre, la prohibición de la crianza de animales, la desinfección y en ocasiones incineración de locales, la cobertura de madrigueras, etc. [27]. Por otro lado, se regó con petróleo las calles y se establecieron barracas de aislamiento no solo para los enfermos, sino también para casos sospechosos y personas que hubiesen estado en contacto con los pacientes [34].

Para mejorar el control de las enfermedades transmisibles, entre ellas la peste, el gobierno de Augusto B. Leguía aprueba la Ley 4126, en mayo de 1920, que ordenaba la ejecución de obras sanitarias a lo largo del país, desde la pavimentación de caminos y la refacción de los puertos, hasta la mejora del sistema de desagüe y de eliminación de basura. A esto se le sumó, en 1922, otro decreto para la construcción de edificios menos propicios para la proliferación de enfermedades y, en 1925, se creó la Dirección Técnica de Salubridad para asegurar el cumplimiento de estas medidas y mejorar las condiciones sanitarias en los puertos, los desagües y el servicio de agua potable [27]. En 1930, se creó el Servicio Nacional Antipestoso, que distribuyó trampas y venenos para ratas en los lugares que hayan tenido casos en los cinco años anteriores.

Todos estos esfuerzos permitieron la disminución importante de casos de peste, que posteriormente sólo se reportaron de manera esporádica [27].

Desde 1903 hasta 1964, se registraron 23 166 casos, con una tasa de mortalidad del 45 %. Después de 1965, se limitó a las zonas rurales de Piura, Cajamarca, Lambayeque y La Libertad, presentándose de manera esporádica, pero generando tres epidemias en los años 1966, 1984

y 1992. A consecuencia de esta última se inició, en 1993, un programa de prevención y control auspiciado por la OPS y, en 1995, un proyecto de emergencia con la finalidad de evitar que la enfermedad se propagase a zonas urbanas ^[33-35,37].

En la región La Libertad, en 2009, después de doce años de silencio epidemiológico, se presentaron 15 casos confirmados en la provincia de Ascope; en 2010, fueron confirmados 16 casos, cuatro de la forma neumónica, y en dos de ellos la vía de transmisión fue la inhalatoria-intrahospitalaria, lamentablemente cinco pacientes fallecieron en ese brote ^[38,39].

Los casos de peste neumónica son raros y excepcionales, por ello el brote del 2010 generó una alerta epidemiológica; el primer caso fue en una mujer de 29 años, procedente de Ascope (Chocope) que presentó un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda grave, siendo internada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Regional de Trujillo, donde falleció a los treinta y seis días; durante su estancia se le efectuó la prueba para el descarte de la infección del virus de la gripe H1N1 que resultó negativa, y la de peste que fue positiva, esta última se solicitó por la sospecha de aquel diagnóstico, ya que un familiar de cinco años de edad tuvo la forma neumónica, de la cual se recuperó.

El tercer caso fue un médico residente de 35 años, que atendió a la primera paciente, quien fue afectado al igual que un interno de medicina, ambos con prueba positiva para peste; el primero sobrevivió, pero el segundo falleció. Posteriormente, se tomaron acciones para el control de esta forma clínica y no se reportaron más casos de la forma grave ^[33,40,41].

El doctor Céspedes refirió "A finales de 2012, a diferencia de años anteriores, hubo una migración del vector infectado del área rural a la urbana, dado que se registró un aumento significativo de roedores en el centro de abastos más grande de la ciudad de Trujillo: el mercado La Hermelinda, con un índice de atrape (IA) de 22,8 % y un índice específico (IE) de *Xenopsilla cheopis* de 10,7, similar situación se halló en sus mercados anexos, tales como Los Rodríguez con un IA 28,6 % e IE 9,8, Los Laureles con IA 7,3 % e IE 36 y Libertad con IA 12,9 % e IE 23. Seguidamente, a finales de diciembre se confirma el aislamiento de *Yersinia pestis* en cuatro roedores atrapados de los mercados Los Rodríguez, Laureles y Libertad, motivo por el cual se declara en estado de emergencia sanitaria dicho centro de abastos y sus anexos, para optar por medidas higiénico-sanitarias urgentes e inmediatas. Tal situación dejó al descubierto el precario funcionamiento del centro de abastos La Hermelinda y sus anexos, con deficiente abastecimiento de agua y desagüe, el mal manejo de los residuos sólidos, la precariedad en las instalaciones (pisos de tierra, techos de estera), la venta ambulatória de alimentos en el suelo, condiciones que favorecen la proliferación de roedores y pulgas, situación que se ve agravada por la informalidad y el hacinamiento, lo que torna difícil la implementación de medidas de control" ^[38].

Cólera

El cólera es una enfermedad histórica muy temida y mortal en la era pre-antibiótica. El primer hito sobre su conocimiento científico se estableció gracias al médico inglés John Snow, considerado como el padre de la epidemiología, quien demostró en 1854 su asociación con el consumo de agua contaminada con heces provenientes de los pozos de Broad Street (Londres).

Esta enfermedad a lo largo de los últimos siglos ha causado hasta siete pandemias; la última se inició en 1961 en las islas Célebes, y de manera lenta se extendió a otras partes del mundo; en 1978 llegó a Texas, Estados Unidos de América, y produjo casos esporádicos en Canadá, Australia y otros. Lamentablemente, en 1991 llegó a América Latina, siendo el Perú el país más afectado ^[42,43].

Cuando llegó a nuestro país, la situación socio sanitaria era muy mala, se sufría la violencia terrorista en gran parte del territorio, que generó la migración de muchos habitantes de la sierra y selva a las principales ciudades de la costa. A ello se sumó que la cobertura de los servicios de agua potable y desagüe era muy deficiente en gran parte del Perú; en Lima y otras partes existían millones de personas viviendo en los llamados pueblos jóvenes, en pésimas condiciones de vida y salud.

En enero de 1991 se reportan los primeros casos de cólera en los puertos del litoral peruano como Chancay y Chimbote ^[42]; que de manera rápida y explosiva hizo colapsar muchos hospitales y obligó al gobierno peruano a tomar las medidas de control, con el apoyo de la OMS, OPS y muchos países de todo el mundo.

En pocas semanas se diseminó por la sierra y selva peruanas, en algunas de cuyas áreas se produjo una mayor letalidad debido a la carencia de insumos y las pésimas condiciones sanitarias; a continuación se extendió a los países vecinos ^[43-46].

El papel de los médicos y personal de salud peruanos fue muy valioso para el control de esta epidemia; años antes el doctor Uriel García Cáceres, por entonces ministro de Salud, implementó las bolsitas salvadoras para el control de la enfermedad diarreica aguda, un mal endémico en el Perú. Esta estrategia permitió que se tuviera un arma importante para la adecuada hidratación oral de los pacientes. Asimismo, se iniciaron diversas investigaciones, lo que permitió contar con nuevos antibióticos como la ciprofloxacina para el cuadro diarreico, que fue superior a la clásica terapia con base a la tetraciclina; también serían eficaces el uso de solución salina, ante la falta de la solución polielectrolítica para el manejo del shock hipovolémico, y el empleo de un equipo de hemodiálisis innovado y de bajo costo para el manejo de la complicación renal aguda ^[44].

El control de la enfermedad se logró gracias a las adecuadas medidas tomadas por el Ministerio de Salud (MINSA), siendo vital el apoyo de la OMS, OPS, de los agentes comunitarios, los promotores de salud, de las autoridades locales y regionales, en general la sociedad participó de manera activa.

Así gran parte de la población acató el lavado de manos, y no consumir alimentos mal preparados en la calle, en virtud de ello registramos un total de 322 562 casos, con una tasa de letalidad de menos del 1 %, muy baja comparada con las zonas endémicas como Bangladesh, donde era alrededor del 6 %; luego de dos años, en 1993, los casos empezaron a disminuir considerablemente ^[45].

En 1998 hubo un aumento de casos asociado al Fenómeno del Niño, pero estos fueron rápidamente controlados, reportándose el último en 1999. Ello se debió a las mejoras en el sistema de salud, en la infraestructura de los sistemas de distribución del agua, en el manejo de desechos y en el acceso al agua potable, así como los programas de educación sobre higiene personal y uso de agua limpia para la cocina y el lavado, los esfuerzos por clorar el agua y la creación del comité nacional de vigilancia epidemiológica, entre otros. No solo se pudo controlar el cólera, sino también a una enfermedad endémica como la fiebre tifoidea, que durante varias décadas causó graves problemas de salud pública ^[47,48].

ORCID

Ciro Maguiña-Vargas, <https://orcid.org/0000-0002-2531-2022>

Renata Pulcha-Ugarte, <https://orcid.org/0000-0002-2193-7359>

Mayte Pizarro-Lau, <https://orcid.org/0000-0001-7756-5067>

Referencias Bibliográficas

- Maguiña C. Bartonellosis o enfermedad de Carrión: nuevos aspectos de una vieja enfermedad. Lima: A.F.A. Editores; 1998. p. 17-56.
- Maguiña C, Maguiña T. Nuevos aportes sobre la historia de la verruga peruana o enfermedad de Carrión. *Diagnóstico (Perú)*. 1984; 13(2):47-51.
- Alarcón G, Alarcón R. Alberto Barton Las bartonelas y la Medicina Tropical: Logros sólidos, reconocimientos tardíos. Lima: Centro Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016. p. 105-168.
- Maguiña C, Gotuzzo E. Bartonellosis. New and old. *Infect Dis Clin North Am*. 2000; 14(1):1-22. doi: 10.1016/s0891-5520(05)70215-4
- Maguiña C, Ordaya E. Carrion Disease and other Bartonellas. En: Magill A, Ryan E, Solomon T, Hill D. *Hunter's tropical medicine and emerging infectious diseases*. 9ª ed. New York: Elsevier; 2013. p. 30-38.
- Blazes DL, Mullins K, Smoak BL, Jiang J, Canal E, Solórzano N, Hall E, Meza R, Maguiña C, Myers T, Richards A, Laughlin L. Novel Bartonella agent as cause of Verruga Peruana. *Emerg Infect Dis*. 2013 Jul; 19(7): 1111-1114. doi: 10.3201/eid1907.121718
- Huarcaya E; Chinga E; Chávez JM; Chauca J; Llanos A; Maguiña C; Pachas P; Gotuzzo E. Influencia del fenómeno de El Niño en la epidemiología de la bartonellosis humana en los departamentos de Ancash y Cusco entre 1996 y 1999. *Rev Med Hered*. 2004; 15(1):4-10.
- Maguiña C, Pérez L. La enfermedad de Carrión y leishmaniasis andina en la Región de Conchucos, Distrito de Chavín, San Marcos y Huantar, Provincia de Huari, Departamento de Ancash. *Diagnóstico (Perú)*. 1985; 16(1):5-12.

- Pamo O. Daniel Alcides Carrión Mito o Realidad. *Rev Med Hered*. 2003; 14(4): 215-20.
- Maguiña C, Ventosilla P, Huarcaya E, Cok J, Enríquez C. 2011. *Diagnóstico*. Capítulo XXI. En: Peñaloza J, Maguiña C, Daniel A. Carrión, Biografía, la enfermedad de Carrión y Otras Bartonelas. 1ra. ed. Lima: Misky; 2011. p. 289-291.
- Takano J. Bartonellosis humana: antes y después de Daniel Alcides Carrión. *Rev. peru. med. exp. salud pública*, 2014; 31(2):385-89.
- Llanos A, Maguiña C, Warrell D. Bartonellosis. En: Weatherall D, Ledingham J, Warrell D. Eds. *Oxford textbook of medicine*. New York: Oxford University Press; 1996. p. 773-776.
- Maguiña C, Sánchez E, Gotuzzo E, Guerra H, Ventocilla P, Pérez E. Estudios de nuevas zonas endémicas de bartonellosis humana o enfermedad de Carrión en el Perú. *Acta Med Perú*. 2001; 18(1):22-7.
- Walker D, Maguiña C, Minnick M. Bartonellosis. In: Guerrant R, Walker D, Weller P. *Tropical infectious diseases: principles, pathogens, & practice*. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2006. p. 454-462.
- Maguiña C, Ordaya E, Ugarte C, Franco V, Ventosilla P, Huayanay L, Salazar M, Medina F, Gotuzzo E. Compromiso cardiovascular en la fase aguda de la enfermedad de Carrión o bartonellosis humana: 20 años de experiencia en Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Acta Med. Per*. 2008; 25(1):30-8.
- Huarcaya E, Best I, Rodríguez-Tafur J, Maguiña C, Solórzano N, Menacho J, Lopez De Guimaraes D, Chauca J, Ventosilla P. Cytokines and T-Lymphocyte count in patients in the acute and chronic phases of Bartonella bacilliformis infection in an endemic area in Peru: a pilot study. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2011; 53(3):149-54. doi: 10.1590/s0036-46652011000300006
- Maguiña C, Garcia PJ, Gotuzzo E, Cordero L, Spach DH. Bartonellosis (Carrion's disease) in the modern era. *Clin Infect Dis*. 2001; 33(6):772-9.
- Huarcaya E, Ventosilla P, Maguiña C, Merello J, Infante B, Cox J, Guerra H, Tello A, Raoult D, Birtles R. Primer reporte de bartonella henselae y bartonella clarridgeiae en pacientes con enfermedad del arañazo de gato y angiomatosis bacilar en Lima. *Diagnóstico (Perú)*. 2001; 40(1):13-9.
- Maguiña C, Pachas P. Experiencias en la prevención y control de la Enfermedad de Carrión en el Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública Perú*. 2014; 31(2):348-51.
- Pachas P. Epidemiología de la bartonellosis en el Perú. Lima: Oficina general de epidemiología/ Instituto nacional de salud; 2001. p. 41-53.
- ASIS- Ministerio de Salud. Sala de situación de salud: Perú a la SE 15-2021. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Lima: Ministerio de Salud; 2021. [Consultado: 11 may 2021]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/publicaciones/salas-de-situacion-semanal/>
- Sullivan D. *Malariaology Overview: History, Lifecycle, Epidemiology, Pathology, and Control*. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2006. [Consultado: 11 may 2021]. Disponible en: <http://ocw.jhsph.edu/courses/malariaology/PDFs/lecture1.pdf>
- Talapko J, Škrlec I, Alebić T, Jukić M, Včev A. Malaria: The Past and the Present. *Microorganisms*. 2019; 7(6):179. doi: 10.3390/microorganisms7060179
- Bustios C. La malaria y el dengue en la historia de la salud pública peruana: 1821-2011. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014. p. 8-112.
- Legua P. Malaria en el Perú. *Rev Med Hered*. 2013;5(3). doi: <https://doi.org/10.20453/rmh.v5i3.436>
- Tomé C. Historias de la malaria: El árbol de la quina. Cuaderno de Cultura Científica. 2017 [Consultado: 11 may 2021]. Disponible en: <https://culturacientifica.com/2017/01/16/historias-la-malaria-arbol-la-quina/>
- Cueto M. El regreso de las epidemias. Lima: IEP; 1997. p. 25-86, 127-172.
- Zárate E. La mayor epidemia del siglo XIX. Callao: Asociación De Funcionarios Del Servicio Diplomático; 2014. p. 27-31, 36-40, 59-76, 129-148.
- Lossio J. Pandemias y salud pública: historias de cuarentenas y vacunaciones. 1º ed. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021. p. 65-82.
- Laguna-Torres A., Gomez Benavides J. La peste en el Perú. *Rev Peru Med Trop*. 2004; 9(1):89-98.
- Inga S, Carcelén C. La epidemia de fiebre amarilla en el puerto del Callao durante 1868. *Espiral*. 2019; 1(2):183-95.
- Espinoza M, Cabezas C, Ruiz J. Un acercamiento al conocimiento de la fiebre amarilla en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2005; 22(4):308-315.
- Maguiña-Vargas C. Actualización sobre peste en el Perú. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2010; 56(3):238-41.
- Cueto M. La ciudad y las ratas: la peste bubónica en Lima y en la costa peruana a comienzos del siglo veinte. *Histórica*. 1991; 15(1):1-26.
- Vargas E. La peste, un reto para la Salud Pública del país. *Boletín Epidemiológico, Ministerio de Salud del Perú*. 2013; 22(5):89-90.
- Álvarez R. Los primeros 100 años de la patología clínica en el Perú. 1st ed. Lima: Asociación Médica Peruana de Patología Clínica; 2021. p. 172-176, 214-217.
- Faccini-Martínez Á, Sotomayor H. Reseña histórica de la peste en Suramérica: una enfermedad poco conocida en Colombia. *Biomédica*. 2012; 33(1):8-27. doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v33i1.814>
- Céspedes M. Vigilancia de reservorios, vectores y centinela para el control de la Peste en el Perú. Lima: Reunión Internacional de Expertos sobre Peste en América Latina, Lima del 22 a 24 de enero del 2013; 2013. [Consultado: 11 may 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Reunion-Peste-Peru-Cespedes.pdf>
- Pareja-Ramos J, Bazán-Ruiz S, Maguiña-Vargas C. Peste en el Perú: Amenaza de brote epidémico urbano en la Libertad Perú. *Acta Med Per*. 2013; 30(4):150-1.



40. Gupta ML, Sharma A. Pneumonic plague, Northern India, 2002. *Emerg Infect Dis*. 2007; 13(4):664-6.
41. Donaires LF, Céspedes M, Valencia P, Salas JC, Luna ME, Castañeda A. Peste neumónica primaria con transmisión intrahospitalaria en La Libertad. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2010; 27(3):326-36.
42. Uribe J, Ortiz H, Penberton G, Ortiz W. Cólera en el Perú. Primer caso diagnosticado clínicamente. *Revista Farmacología Terapéutica*. 1991; 1(1):10-3.
43. Seminario L, López A, Vásquez E, Rodríguez PM. Epidemiología del Cólera en el Perú. *Vigilancia epidemiológica. Revista Peruana de Epidemiología*. 1991; 4:8-41.
44. Gottuzo E. El cólera en el Perú. *Rev Méd Hered*. 1991; 2(3):105-7.
45. Gavilán R, Martínez-Urtaza J. Factores ambientales vinculados con la aparición y dispersión de las epidemias de *Vibrio* en América del Sur. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2011; 28(1):109-15.
46. Gotuzzo E. El Cólera en el Perú. *Rev Med Hered*. 2013; 2(3). doi: <https://doi.org/10.20453/rmh.v2i3.304>
47. Oficina General de Epidemiología; Ministerio de Salud. *Cólera: CIE-10 A00*. 1st ed. Lima: Ministerio de Salud; 2021. p. 7.
48. Balasubramanian D, Murcia S, Ogbunugafor C, Gavilan R, Almagro-Moreno S. Cholera dynamics: lessons from an epidemic. *J Med Microbiol*. 2021; 70(2). doi: 10.1099/jmm.0.001298

Clinical Pathology and Laboratory Medicine and its contribution to the development of Peruvian medicine

La Patología Clínica y Medicina de Laboratorio y su contribución al desarrollo de la medicina peruana

Ricardo Iván Álvarez-Carrasco^{1,2,3,a,b}

ralvarezcarrasco@yahoo.com

- ¹ Instituto Nacional Materno Perinatal.
² Academia Panamericana de Historia de la Medicina.
³ Asociación Médica Peruana de Patología Clínica
^a Médico cirujano
^b Especialista en Patología Clínica

Contribuciones de autoría:

El autor ha desarrollado todas las etapas de la investigación.

Fuentes de financiamiento:

El autor ha financiado íntegramente todas las etapas de esta investigación.

Declaración de conflictos de interés:

El autor declara no tener cualquier relación, condición o circunstancia que pueda reducir la objetividad en la interpretación del artículo; la cual puede ser económica o institucional (consultorías, becas, pagos por viajes, viáticos, etc.).

Agradecimientos:

No se consigna ningún agradecimiento.

Autor corresponsal:

Ricardo Iván Álvarez Carrasco
Dirección: Jirón Junín N° 238, departamento 505, Magdalena del Mar Código postal 15086
Teléfono Celular: 950 - 830526
Teléfono Fijo: 402 6879

Resumen

La patología clínica y medicina de laboratorio es una especialidad médica que constituye una herramienta indispensable como apoyo al diagnóstico del resto de las ramas de la medicina; el objeto de este artículo es dar a conocer su desarrollo, evolución y contribución a la ciencia médica peruana, desde su aparición, durante la segunda mitad del siglo XIX, hasta la actualidad, en que se ha convertido en un cuerpo científico en constante evolución y de proyecciones ilimitadas.

Palabras claves: Historia de la medicina; Perú; Patología clínica; Técnicas de Laboratorio Clínico.

Summary

Clinical Pathology and Laboratory Medicine is a medical specialty that constitutes an indispensable tool to support the diagnosis of the rest of the branches of medicine; The purpose of this article is to present its development, evolution and contribution to Peruvian medical science, from its appearance, during the second half of the 19th century, to the present, when it has become a scientific body in constant evolution and of unlimited projections.

Keywords: History of medicine; Peru; Clinical pathology; Clinical Laboratory Techniques.

Introducción

La patología clínica y medicina de laboratorio es posiblemente una de las ramas de la medicina cuya evolución ha tenido mayor correspondencia con el desarrollo de las ciencias y tecnología humanas, al punto que en la actualidad duplica sus conocimientos cada dos años, sin embargo, sus inicios fueron bastante más modestos y su progreso afrontó diversos problemas que muchas veces se sortearon con gran dificultad, tal como se narra en las siguientes líneas.

Algunos antecedentes de la Patología Clínica en el mundo

Durante el siglo XVIII, la medicina humana inició un proceso de sistematización de sus conocimientos y de adquisición de otros nuevos a través de la experimentación, que lo alejaron definitivamente del empirismo y de conceptos que carecían de base científica. Es así como surgirían paulatinamente las especialidades médicas, entre ellas la del laboratorio clínico, hoy denominada patología clínica y medicina del laboratorio, que integró los avances que sucedieron en la bioquímica, microbiología, hematología, inmunología y hemoterapia.

Su antecedente más lejano ocurrió en la ciudad holandesa de Delft, en la década de 1670, cuando la curiosidad del comerciante Anton Van Leeuwenhoek permitió la creación del primitivo microscopio óptico, con el que pudo observar el hasta entonces desconocido mundo microscópico, efectuando detalladas descripciones de diversos microorganismos, los glóbulos rojos, los espermatozoides y la estructura de algunos tejidos, entre otros, que comunicó a la Royal Society de Londres, con la que mantuvo una fluida comunicación epistolar hasta el mismo día de su muerte, en 1723 ^[1]. Sin embargo, Van Leeuwenhoek y ningún científico de su época asociaron estos microorganismos con alguna enfermedad humana.

Al finalizar el siglo XVIII, el químico francés Antoine Lavoisier aplicó el método experimental a la química, con sus procedimientos trató de precisar la composición de las sustancias animales

y vegetales, demostrando que la respiración era una forma de combustión lenta ^[2]. Las escasas pruebas químicas que estaban disponibles al inicio del siglo siguiente se pudieron llevar al lecho del enfermo gracias a la inteligencia de algunos facultativos que vieron en esta ciencia una nueva y rica fuente de información para diagnosticar, seguir el tratamiento y curar las enfermedades.

En 1840, el médico alemán Friedrich Henle planteó la teoría por la que las enfermedades infecciosas eran causadas por seres vivos invisibles ^[3], sin embargo, la confirmación de estas ideas debió esperar varios lustros hasta que el químico Louis Pasteur, en Francia, y el médico Robert Koch, en Alemania, sentaron las bases de la moderna microbiología.

En 1877 se inició la hematología moderna, cuando Paul Ehrlich describió un método para la tinción de las células sanguíneas que condujo al crecimiento explosivo de las investigaciones hematológicas, y a la producción de numerosos libros y atlas de la morfología de las células sanguíneas normales y patológicas ^[4].

La inmunología recién tendría su aplicación en el laboratorio a principios del siglo XX, gracias a los trabajos de Bordet y Gengou que permitirían el desarrollo de diversas técnicas, siendo una de las primeras la reacción de Wassermann para el diagnóstico de la sífilis, ideada en 1906 ^[5].

La hemoterapia, si bien tuvo sus primeros antecedentes en el siglo XV, el empleo práctico y exitoso como herramienta terapéutica recién se consiguió en la segunda mitad del siglo XIX, aunque hubo de esperarse el descubrimiento de los grupos sanguíneos y el factor Rh, ambos en el siglo XX por el médico austriaco Karl Landsteiner ^[6], para que se convirtiera en un procedimiento utilizado masivamente, que permitió el establecimiento de los primeros Bancos de Sangre.

Los primeros pasos de nuestra Patología Clínica durante el siglo XIX

El surgimiento y desarrollo de la patología clínica en el Perú dependió, en general y con muy pocas excepciones, de los avances ocurridos en Europa y los Estados Unidos de América (EUA).

El primer germen de su presencia se verificó en 1808, cuando el doctor José Hipólito Unanue incluyó el curso de Química Analítica, Sintética y Aplicada a la Medicina y a las Artes en el Cuadro Sinóptico que preparó para el Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando, sin embargo aquella cátedra se dictó de manera irregular y con grandes limitaciones ^[7], por lo que recién en 1856, cuando se fundó la Facultad de Medicina de San Fernando, su plan de estudios, elaborado por el doctor José Cayetano Heredia, incorporó el curso de química médica que se confió al italiano Giuseppe Éboli ^[8], quien impartió rigurosamente la teoría y la práctica de esta ciencia a los futuros médicos ^[7].

En 1867, el médico italiano Giovanni Copello, vecindado en la ciudad de Lima, realizó la primera transfusión de sangre exitosa de nuestros anales médicos ^[9], no obstante, aquel procedimiento

no se generalizó a causa de las frecuentes reacciones posteriores, que se debían en su mayoría a incompatibilidades cuyas causas eran desconocidas hasta entonces ^[7].

En 1885, el doctor Ricardo Lorenzo Flórez Gaviño (Figura 1) trajo desde Francia el primer microscopio óptico que hubo en el país ^[10], con el cual efectuó, en octubre de aquel año, el primer conteo rectificado de glóbulos rojos al desfalleciente Daniel Alcides Carrión, comprobando que padecía de una anemia aguda severa, por lo que prescribió su traslado al Hospital Francés, hoy Clínica Maison de Santé de Lima, con el propósito que se le efectuara una transfusión de sangre, que finalmente la junta médica decidió no realizar y que probablemente le hubiera podido salvar la vida ^[7].



Figura 1. Doctor Ricardo Lorenzo Flórez Gaviño, quien trajo el primer microscopio óptico al Perú, realizó el conteo de glóbulos rojos a Daniel Alcides Carrión e inició la enseñanza oficiosa de la técnica microscópica en San Fernando.

En 1889, el mismo doctor Flórez iniciaba de manera oficiosa la enseñanza de la técnica microscópica en San Fernando ^[7], sin embargo, cuando al año siguiente el gobierno de Andrés A. Cáceres creaba la cátedra de Bacteriología y Técnica Microscópica la confió al doctor David Matto Usandivaras ^[11], quien era un conocido integrante del partido político Constitucional, fundado y liderado por el héroe de la Breña ^[7].

También en 1889, el doctor José Anselmo de los Ríos (Figura 2) establecía en su domicilio, en la calle del Quemado, en la actual cuarta cuadra del jirón Moquegua, en el Cercado de Lima ^[12], el primer laboratorio clínico particular del país, convirtiéndose también en el primer facultativo que ejerció propiamente esta especialidad entre nosotros ^[7].



Figura 2. Doctor José Anselmo de los Ríos, fundador del primer Laboratorio Clínico privado que hubo en el país y primer médico peruano que ejerció propiamente la especialidad de Patología Clínica entre nosotros.

Una mención especial merece Juan Byron Markholz, científico peruano que se tituló de médico cirujano en la Facultad de Medicina de San Fernando, para luego emigrar a Nápoles (Italia), en cuya universidad alcanzó el grado de doctor, en 1887 ^[13], y posteriormente, en 1888, recaló en el Laboratorio Loomis, un servicio adscrito a la Universidad de New York, EUA, donde desarrolló importantes investigaciones sobre el bacilo de Koch ^[14].

En febrero de 1894, siendo director del Departamento de Bacteriología del referido laboratorio, se infectó de manera involuntaria con esta bacteria, contrayendo a corto plazo la enfermedad, cuyo diagnóstico etiológico realizó él mismo, y a pesar de sus esfuerzos no pudo eludir a la muerte, que sucedió el martes 8 de mayo de 1895, en la ciudad de New York ^[14], convirtiéndose en el primer mártir de la patología clínica peruana, que hoy pocos recuerdan.

La Patología Clínica en el Perú del siglo XX

En 1900, la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima estableció el primer laboratorio nosocomial del país en el Hospital Dos de Mayo de Lima, el cual se confió al doctor Oswaldo Demetrio Herculles Monterola ^[15], que lo dirigió hasta su fallecimiento en 1938 y en el cual se formaron connotados patólogos clínicos como Luis Aldana, Félix Torrealva, Jorge Avendaño, Vitaliano Manrique y Ernesto Rodríguez Olcay, entre otros; en los años subsiguientes se instalarían servicios semejantes en los principales nosocomios de Lima y el resto del Perú ^[7].

En 1904 se fundaba el Instituto Municipal de Higiene de Lima, el primer laboratorio de uso clínico que se estableció en el país siguiendo los estándares científicos más rigurosos de la época [16,17], cuya dirección la ejerció el médico italiano Ugo Biffi [7], que no sólo instauró como política institucional la realización de investigaciones sobre las enfermedades más prevalentes en el Perú, sino que también influyó decididamente en la formación de varios de nuestros patólogos clínicos, entre ellos Manuel Oswaldo Tamayo, Julio César Gastiaturú, Raúl Rebagliati Carbajal, y Guillermo Almenara Irigoyen, entre otros.

Cuando el doctor Biffi se hallaba en los preparativos para poner en actividad el mencionado instituto, se produjo en Lima y Callao el brote de una enfermedad desconocida hasta entonces, en tal situación el Consejo Provincial de Lima lo comisionó para que hiciera las averiguaciones pertinentes; luego de tomar diversas muestras en pacientes y cadáveres logró identificar microscópicamente y cultivar el bacilo de Yersin, el agente causal de la peste [18], siendo esta la primera vez que una epidemia ocurrida en el Perú, tuvo un diagnóstico etiológico certero [7].

En 1909, el doctor Alberto Leonardo Barton Thompson (Figura 3) pudo finalmente, luego de varios intentos fallidos, describir el agente causal de la Enfermedad de Carrión, que luego sería nombrado *Bartonella bacilliformis* en su homenaje [19]; aquel acontecimiento es considerado como el punto nodal de nuestra microbiología [20].



Figura 3. Doctor Alberto Leonardo Barton Thompson, descubridor del agente etiológico de la Enfermedad de Carrión, fundador del Laboratorio Clínico del Hospital Guadalupe del Callao e introductor de las pruebas diagnósticas de la Fiebre Malta y Tifoidea.

Sin embargo, en 1913, la expedición de la Escuela de Medicina Tropical de la Universidad de Harvard, encabezada por el doctor Richard P. Strong, concluía que la fiebre de La Oroya y la verruga peruana eran patologías distintas, con lo que se desvirtuaba el valor científico del sacrificio de Carrión [21], aunque reconocieron que la bacteria descrita por Barton era la causante de la primera de ellas [20,21].

A partir de entonces la comunidad médica peruana realizó numerosas investigaciones microbiológicas que pretendían contradecir este aserto, hasta que en 1937 el propio Strong debió reconocer su equivocación, siendo esta la primera vez que una nación de América Latina pudo refutar con éxito una teoría original de la prestigiosa Universidad de Harvard [21].

Entre tanto, en 1925, se logró cultivar la *Bartonella bacilliformis*, primacía que hasta ahora discuten los doctores Alberto Barton, Oswaldo Herculles y Telémaco Battistini, aunque según el historiador Marcos Cueto aquel logro fue mérito del afamado bacteriólogo japonés Hideyo Noguchi [20].

Otro hecho de capital importancia había ocurrido en 1919, cuando el doctor Guillermo Almenara Irigoyen introdujo en su laboratorio particular la medición de los componentes bioquímicos de la sangre [7], ello modificaría de manera significativa el diagnóstico y seguimiento de una serie de patologías, destacando entre ellas la diabetes mellitus.

En 1936 se creaba el Instituto Nacional de Higiene y Salud Pública (INHSP), hoy Instituto Nacional de Salud [22], cuyo primer jefe fue el doctor Telémaco Battistini Sánchez, nombrado en ese cargo al año siguiente [23], y que desde entonces se convirtió en el principal centro de investigaciones de las enfermedades infecciosas más prevalentes en el país, continuando la labor que había iniciado el Instituto Municipal de Higiene de Lima, que por ingrata coincidencia se había extinguido en 1936 [7].

En el año 1942, el INHSP inició la publicación de la Revista Peruana de Medicina Experimental [24], su órgano institucional, que se convirtió en el principal medio de difusión de tales investigaciones, y que existe hasta nuestros días.

En diciembre de 1943 se implantaba nuestro primer Banco de Sangre en el Hospital Dos de Mayo de Lima, cuyo jefe fundador fue el doctor Carlos Muñoz Baratta, que no sólo sirvió a este nosocomio, sino también se convirtió en un hemocentro que brindó los componentes sanguíneos requeridos por los establecimientos sanitarios de Lima y Callao, tanto públicos como privados [7].

Dicho servicio hizo posible, en julio de 1949, que se llevara a cabo la primera exanguíneo transfusión completa que salvó la vida de una neonata que había nacido en la Maternidad de Lima, hoy Instituto Nacional Materno Perinatal, y que padecía de la enfermedad hemolítica del recién nacido [7].

El 25 de octubre de 1945 se fundaba la Sociedad Peruana de Patología ^[25], presidida por el doctor Jorge Ángel Avendaño Hübner ^[26], que inicialmente incorporó a los médicos anatómicos y patólogos clínicos, pero que a partir de 1973 fue la representante exclusiva de los segundos y como tal era reconocida por el Colegio Médico del Perú (CMP), pasando a denominarse Sociedad Peruana de Patología Clínica ^[26]. Actualmente lleva el nombre de Asociación Médica Peruana de Patología Clínica (AMPPC) y está reconocida oficialmente como una institución médico científica del CMP.

El 23 de septiembre de 1976, esta entidad sería la anfitriona del acto de fundación de la Asociación Latinoamericana de Patología Clínica (ALAPAC), que se llevó a cabo durante el Primer Congreso Nacional de Patología Clínica y el Segundo Congreso Latinoamericano de Patología Clínica, ambos desarrollados en Lima ^[26]. Años después dicha institución modificó su denominación por la de Asociación Latinoamericana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio (ALAPAC-ML).

Mientras tanto, en la década de 1960 llegaron a nuestro país las primeras pruebas inmunológicas no biológicas entre las que destacaba aquella para la detección de la hormona gonadotropina coriónica, que permitía el diagnóstico precoz del embarazo, y también arribó el primer microscopio electrónico que hubo en el país, en cuyo uso destacó el doctor Juan Takano Morón, maestro de San Fernando y especialista en Anatomía Patológica.

El 12 de agosto de 1966, el Consejo de la Facultad de San Fernando aprobó, por unanimidad, la creación de la Cátedra de Patología Clínica, como parte del plan de estudios de pregrado, que se puso a cargo del doctor Vitaliano Manrique Valdivia ^[26], esta fue la primera cátedra de la especialidad que existió en nuestro país.

El 18 de enero de 1973, el Consejo Nacional de la Universidad Peruana aprobó la Resolución N° 1226-CONUP, que autorizaba a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) el funcionamiento del programa de segunda especialización médica ^[27], entre las que estaba la patología clínica ^[26].

El 15 de marzo de 1974, la Dirección de los Programas Académicos de Medicina Humana de la UNMSM aprobó veintisiete comités de especialización ^[27], uno de ellos correspondía al de patología clínica. En los años siguientes y de manera paulatina lo hicieron otras universidades, aunque la Universidad Peruana Cayetano Heredia normaría un Residentado médico de Patología, que unificaba la anatomía patológica y la patología clínica.

La década de 1970 también sería testigo de numerosos avances en el mundo, como las enzimas de restricción, la clonación de genes en plásmidos y fagos, y las técnicas de hibridación en filtro para el ácido desoxirribonucleico (ADN) y el ácido ribonucleico (ARN), conocidas como Southern y Northern blot, respectivamente; así como las invenciones de las técnicas de secuenciación química y enzimática para el ADN ^[28] y la descripción de la técnica de la reacción de cadena de la polimerasa (PCR), esta última por Gobind Khorana, en 1971, que teóricamente permitiría la replicación de un fragmento de ácido desoxirribonucleico (ADN) usando dos iniciadores o cebadores ^[29].

En el año 1983, Kary Mullis y sus colaboradores, quienes laboraban en la compañía Cetus Corporation, California, EUA, llevó a cabo por primera vez la PCR, mientras trabajaba en la fabricación de oligonucleótidos y en el uso de iniciadores para la secuenciación de ADN, que significaría el nacimiento de la biología molecular ^[28].

Gran parte de estas novedosas técnicas llegarían a nuestro país, entre ellas las de ELISA y Western Blot, que se emplearían en el diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), cuyo primer caso se evidenció en el Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima, en 1983 ^[30], con una prueba de ELISA de segunda generación.

En el Perú, durante el último tercio del siglo XX, apareció progresivamente el concepto y la necesidad de implantar un sistema de gestión de la calidad de los laboratorios clínicos, ideas que se habían comenzado a implementar desde la década de 1940 en algunos países desarrollados ^[31].

Otro concepto, el de la certificación internacional aparecería en 1987, al publicarse por primera vez la Norma ISO 9001, que sería utilizada por diversas organizaciones alrededor del mundo para demostrar que podían ofrecer, de forma consistente, productos y servicios de buena calidad, así como también eran capaces de optimizar sus procedimientos y ser más eficientes. Luego esta normativa se fue modificando y diversificando, así surgiría la ISO IEC 17025 la primera exclusiva para evaluar la competencia de los laboratorios de ensayo y calibración, la cual se revisó en mayo de 2005 ^[32].

También en los últimos lustros del siglo XX surgirían dos aspectos menos gratos, el primero fue el uso y abuso de los exámenes de laboratorio, muchos médicos se acostumbraron a indicar un número excesivo de pruebas o algunas con una indicación incorrecta por razones defensivas, por temor a la incertidumbre, por una educación médica pobre o un conocimiento inadecuado de los nuevos métodos ^[33]; y el segundo sería el intrusismo, un fenómeno que se acrecentaría paulatinamente con el transcurrir de los años, y que incluso hoy está muy lejos de encontrar una solución definitiva en nuestro país.

Los retos de cara al siglo XXI

Al inicio del siglo XXI se produjo la eclosión y diversificación de la patología clínica en el Perú y en el mundo, aparecieron y/o se difundieron metodologías como las células madre, la robótica, la nanotecnología y la biotecnología que han ampliado el abanico de posibilidades del apoyo al diagnóstico de una manera impensada hace unos pocos años.

Desde el punto de vista normativo, el 11 de setiembre de 2008, el Ministerio de Salud emitió la Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica, NTS N° 072 MINSA - DGSP-V.01-Ministerio de Salud, mediante la resolución ministerial RM N° 627-2008/MINSA ^[34,35], que regulaba la actividad tanto pública como privada.

El objetivo de esta norma fue mejorar la calidad de atención en los servicios de patología clínica (SPC), estableciendo criterios de organización y funcionamiento para una adecuada gestión; regulando las condiciones de infraestructura, equipamiento y recursos humanos; estableciendo criterios de gestión, organización y prestación del servicio, con criterios de calidad, seguridad y oportunidad; y asegurando el flujo adecuado de los recursos destinados a la atención, así como su uso racional ^[35].

Esta norma ha sido utilizada por la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud) para evaluar los SPC de todos los niveles, tanto públicos como privados, sin embargo, ha pasado más de una década desde su emisión y es obvio que requiere de modificaciones y adiciones que la actualicen.

El 14 de julio de 2014 el gobierno peruano promulgó la Ley N° 30224, que creaba el Instituto Nacional de la Calidad (INACAL) y el Sistema Nacional para la Calidad, el primero como un organismo público técnico especializado, adscrito al Ministerio de la Producción, rector y máxima autoridad técnico-normativa del Sistema Nacional para la Calidad, en cuanto a los aspectos métricos ^[35].

Sin embargo, subsisten problemas que no han sido resueltos, tal como señaló la revista británica *The Lancet* en marzo de 2018, que publicó una serie de tres artículos donde diagnosticaba el estado actual de los SPC en los Países de Bajos y Medianos Ingresos (PBMI), entre los que está el Perú ^[36]. Se manifiesta allí que, a pesar de ser fundamentales en los sistemas de salud -pues el diagnóstico, elección del tratamiento, predicción y seguimiento de la progresión de la enfermedad, en muchos casos, son imposibles sin aquellos servicios- apenas son considerados ^[36].

Esta investigación hace hincapié en que resulta indispensable acelerar los esfuerzos globales para fortalecerlos, resaltando la existencia de cuatro grandes barreras en estos servicios: 1. Recursos humanos y fuerza laboral insuficientes. 2. Educación y capacitación inadecuadas. 3. Infraestructura y equipamiento inadecuados. 4. Calidad, normas y acreditación insuficientes ^[36].

Hoy en día los SPC peruanos son transversales, intersectoriales y proporcionan la base para la prestación asistencial segura, efectiva y equitativa en la atención de salud poblacional y la seguridad sanitaria mundial ^[36], ello se hizo particularmente ostensible con motivo de la pandemia por el SARS-CoV-2, iniciada el año 2019, en la ciudad china de Wuhan y que rápidamente se extendió por todo el mundo.

Una característica de aquella pandemia fue que el 80 % de los infectados eran asintomáticos u oligosintomáticos y sin embargo todos eran más o menos infectantes, entonces se hizo indispensable identificarlos precozmente con el propósito de controlar la expansión de la enfermedad, en ese escenario tomaron especial importancia las pruebas diagnósticas, cuya elección y correcta interpretación en teoría era un asunto eminentemente técnico que correspondía a los patólogos clínicos, pero por diversas razones, numerosos médicos de otras

especialidades y personas extrañas a la profesión emitieron juicios, tomaron decisiones y difundieron conclusiones sobre este tema, que en muchos casos contribuyeron a generar mayor confusión en la sociedad.

La AMPPC efectuó comunicados y disertaciones respecto a las pruebas diagnósticas, que lamentablemente tuvieron menos resonancia de lo que merecía la calidad de información que se propalaron en ellas; una vez más en nuestro país, prevaleció la versión de los menos versados, pero más mediáticos.

Además la pandemia demostró que sin investigación científica el futuro del país estaba muy comprometido, lamentablemente la inversión del Estado en ciencia, tecnología e innovación no alcanza los niveles de otros países de América Latina; en el 2011 el Perú invertía apenas el 0.1 % del Producto Bruto Interno (PBI) ^[37], y en el 2020 la aumentó discretamente hasta el 0.5 %, por tanto es mandatorio incrementarla de manera sustancial considerando que la biotecnología permitiría desarrollar pruebas diagnósticas nacionales, accesibles y menos costosas que estarían prontamente a disposición de nuestra ciudadanía.

También es evidente que persiste la significativa discordancia entre la contribución de la patología clínica al resto de nuestra medicina y la importancia que le confieren los estamentos gubernamentales, los medios de comunicación e incluso el resto de la orden médica nacional. Es una tarea pendiente de los patólogos clínicos hacer visibles las necesidades y la importancia de los SPC para que se articulen en un plan estratégico nacional donde las pruebas diagnósticas del laboratorio sean el sostén de las políticas públicas que busquen disminuir la prevalencia de las patologías no transmisibles y transmisibles con mayor carga de enfermedad.

La patología clínica es una de las pocas especialidades médicas que tiene una norma internacional para evaluar la competencia técnica, cuya última versión es el ISO 15189:2012; que permite desarrollar sistemas de gestión de la calidad y evaluar su propia competencia; también se puede utilizar para confirmar o reconocer la competencia de los laboratorios médicos por parte de los clientes de los laboratorios, las autoridades reguladoras y los organismos de acreditación ^[38].

Colofón

La patología clínica en el Perú surgió de manera tímida en la segunda mitad del siglo XIX, y paulatinamente fue evolucionando, gracias al desarrollo de la tecnología y la ciencia pergeñadas fundamentalmente en los centros del conocimiento mundial, hasta convertirse en el cuerpo científico que hoy es indispensable e insustituible para el ejercicio de la medicina moderna.

Sin embargo ha sido en los últimos cincuenta años que la especialidad creció de una manera descomunal, desde la perspectiva tecnológica y científica; pero por diversas razones, en el Perú su estatus frente al resto de las especialidades médicas sigue siendo secundario, muchas de

las decisiones que le atañen son tomadas por elementos externos, diversas opiniones técnicas que le corresponden son emitidas por otros y numerosas publicaciones e investigaciones que basan sus conclusiones en estudios de laboratorio no incluyen entre sus autores a los patólogos clínicos.

En ese contexto cabe una profunda reflexión de los médicos de la especialidad, en cuanto a su rol y responsabilidad para hacerla visible en el concierto de la orden médica peruana, ocupando activamente los espacios académicos, científicos y laborales que le corresponden. Si no lo hacemos, nadie lo hará por nosotros.

ORCID ID

Ricardo Iván Álvarez-Carrasco, <https://orcid.org/0000-0002-0987-6717>

Scopus Author ID

57194734963

Referencias Bibliográficas

- Izaguirre-Ávila R, De Micheli A. Evolución del conocimiento sobre la sangre y su movimiento. Parte II. El saber sobre su composición. Iatroquímica de la sangre. *Revista de Investigación Clínica*. 2005; 57(1): 85-97.
- Castañeda G. Consideraciones sobre la historia de la bioquímica en México. *An Med Asoc Med Hosp ABC*. 2002; 47(4): 232-39.
- Ortiz-Hidalgo C. El profesor y la costurera: un episodio de la vida de Jacob Henle. *Gac Med Mex*. 2015; 151(6): 819-27.
- Coller B. Blood at 70: its roots in the history of hematology and its birth. *Blood*. 2015; 126(24): 2548-60. doi: 10.1182 / sangre-2015-09-659581
- Ledermann W. Del Wassermann al VDRL en el antiguo Instituto Bacteriológico de Chile. *Rev Chilena Infectol* 2014; 31(5): 619-24. doi: 10.4067/S0716-10182014000500017
- Karl Landsteiner and his major contributions to haematology. *British Journal of Haematology*. 2003; 121(4): 556-65. doi: 10.1046 /j.1365-2141.2003.04295.x
- Álvarez R. Apuntes para la historia de la Patología Clínica en el Perú 1850-1950. Primera edición. Lima: Empresa editora Amarilys; 2004. p. 87, 150-153, 166, 167, 172-176, 201-220, 263, 264, 287-290, 308-313.
- Decretos Oficiales. *Gaceta Médica de Lima*. 1856; 1(5): 11.
- Lastres J. Historia de la medicina peruana. Volumen III. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima: Imprenta Santa María; 1951. p. 112, 224, 246, 267, 270, 281, 286, 288, 325, 326.
- Bustíos C. Cuatrocientos años de la Salud Pública en el Perú (1533-1933). Primera edición. Lima: Centro de producción editorial de la UNMSM; 2004. p. 485, 486, 490-496.
- Matto D. La enseñanza médica en el Perú. Lima: Tipografía El Lucero; 1908. p. 31, 42.
- Almanaque de El Comercio para 1897. Lima: Imprenta de El Comercio; 1897. p. 160.
- Nuestro querido amigo. *Rev Crónica Médica Lima*. 1887; 4(44): 322.
- Montagne A. Juan Byron Markholz. Su vida y su obra. Primera edición. Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú. Lima: Logargraf SAC; 2017. p. 88-92.
- Castillo F. Un pedazo de historia del Hospital Dos de Mayo. Lima: Editorial Monterrico S.A.; 1987. p. 29, 51.
- Cisneros C. Provincia de Lima (Monografía del Departamento de Lima). Lima: Litografía tipografía Carlos Fabbri; 1911. p. 250, 251, 253-255.
- Tamayo M, García C. Instituto Bacteriológico de Lima. Memoria de los Directores. En: Elguera F. Memoria de la Municipalidad de Lima 1904. Lima: Librería e imprenta Gil; 1905. p. I-XI.
- Elguera F. Memoria de la Municipalidad de Lima 1903. Lima: Librería e imprenta Gil; 1904. p. 19.
- Barton A. Descripción de elementos endoglobulares hallados en los enfermos de fiebre verrucosa. *Rev Crónica Médica Lima*. 1909; 26(841): 7-10.
- Cueto M. Excelencia científica en la periferia. Primera edición. Lima: Concytec; 1989. p. 33, 97, 119, 128, 134-139, 196, 200, 205.
- Álvarez R. Daniel Alcides Carrión. Estudio histórico, iconográfico y antropológico forense. Segunda edición. Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú. Lima: Logargraf SAC.; 2020. p. 33, 34.
- Instituto Nacional de Higiene y Salud Pública. Lima: Imprenta Torres Aguirre; 1938. p. Páginas sin numerar.
- Burstein Z. Telémaco Battistini Sánchez (1895-1960). *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2010; 27(1): 142-5. doi: 10.17843/rpmesp.2010.271.1454
- Instituto Nacional de Salud. Memoria Anual 2009. Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud; 2010. p. 17-19.
- Constitución de la Asociación y aprobación de los Estatutos. Primer testimonio de la Notaría Gastón Barboza Besada. Lima. Sociedad Peruana de Patología Clínica; 20 de enero de 1981.
- Contreras G. Patología Clínica. En: Salaverry O (editor), Delgado G (compilador). Historia de la Medicina Peruana en el siglo XX. Tomo II. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2000. p. 1234-74.
- Burstein Z. Historia de los programas de formación y titulación de médicos especialistas en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014; 31(3): 598-600. doi: 10.17843/rpmesp.2014.313.101
- Rodríguez I, Barrera H. La reacción en cadena de la polimerasa a dos décadas de su invención. *Ciencia UANL*. 2004; 7(3): 323-35.
- Ansari A, Rosner M, Adler J. Har Gobind Khorana 1922-2011. *Cell*. 2011; 147(7): 1433-35. doi: 10.1016/j.cell.2011.12.008
- Cueto M. El rastro del SIDA en el Perú. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*. 2002; 9 (suplemento): 17-40. doi: 10.1590/SO104-59702002000400002
- Sistema de gestión de la calidad en el laboratorio. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2016. p. 16.
- Norma internacional ISO/IEC. Ginebra: Organización Internacional de Normalización (ISO); 2005. p. VII.
- Escobar E. Los exámenes de Laboratorio Clínico en el siglo XXI: ¿a favor o en contra del método clínico? *Gaceta Médica Espirituana*. 2010; 12(3). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.12.\(3\)_00/p0.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.12.(3)_00/p0.html)
- Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica. NTS N° 072-MINSA/DGSP-V.01. Lima. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 627-2008/MINSA; 2008.
- Figuroa-Montes L. Normatividad relacionada al control de calidad analítica en los laboratorios clínicos del Perú. *Acta Med Peru*. 2017; 34(3):237-43. doi: 10.35663/amp.2017.343.411
- Figuroa-Montes L. Una visión peruana sobre los servicios de patología clínica: avances y agenda pendiente. *Acta Med Peru*. 2020; 37(1): 94-101. doi: 10.35663/amp.2020.371.743
- Tello M. Fomento de la Ciencia, Tecnología e Innovación. Primera edición. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2016. p. 7.
- Medical laboratories — Requirements for quality and competence (ISO 15189:2012). Londres: The British Standards Institution; 2012. p. 1-37.



Anverso de la medalla conmemorativa a la colocación de la primera piedra del monumento de José de San Martín, en la plazoleta del teatro de Lima. Grabada por el talla limeño Juan Francisco Rodríguez Walhen (n.1867-m.1912). Casa Nacional de Moneda de Lima, 1890.

Manuel María Núñez Butrón. Pioneer of primary health care in the world

Manuel María Núñez Butrón. Pionero de la atención primaria de salud en el mundo

Wilfredo Antonio Olave Benitez^{1,a}
Dino Calcina Jaén^{1,b}
Vidmar Orlando Mengoa Herrera^{2,c}

waob63@gmail.com
calcinadino@gmail.com
vidmard25@hotmail.com

- ¹ Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, San Román, Perú.
- ² Hospital EsSalud III de Puno
- ^a Médico especialista en Urología
- ^b Médico especialista en Radiología
- ^c Médico especialista en Nefrología

Contribuciones de autoría

Los autores han desarrollado íntegramente la concepción y el diseño del artículo, la recolección de información bibliográfica, la redacción del manuscrito y la revisión crítica del artículo. Los autores se hacen responsables de todos los aspectos que integran el manuscrito.

Fuentes de financiamiento

Este trabajo fue autofinanciado por los autores.

Declaración de conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

Autor Corresponsal:

Wilfredo Antonio Olave Benitez
Dirección: Jr. Huancané 225, Puno
Teléfono celular: 950 - 429316

Resumen

El doctor Manuel María Núñez Butrón, médico puneño, es considerado epónimo del Colegio Médico del Perú, reconocido en la reunión de Alma Ata como "Pionero de la Atención Primaria de Salud" por su búsqueda de mejorar la atención preventiva promocional en salud, impulsando la participación comunitaria.

Creó el Rijcharismo, doctrina sanitario social que buscaba mejorar la situación de salud y social de las poblaciones campesinas e indígenas de Puno, articulando la medicina tradicional con los métodos de la salud pública, respetando la interculturalidad, formó numerosos grupos de promotores que visitaban las comunidades, enseñando y tratando de lograr que el poblador desarrolle capacidades que permitieran el control de los procesos que afectaban su salud y buscando mejorar su situación socioeconómica. Escribió la revista Runa Soncco, cuyo contenido estaba adaptado a la mentalidad y necesidades de las comunidades indígenas de Puno, presentando artículos en español, quechua o aimara, donde expresaba

una identificación con el indigenismo médico. El objeto de este artículo es dar a conocer su obra pionera y trascendente, para la memoria de los peruanos y la orden médica peruana.

Palabras clave: Historia de la medicina, Perú; atención primaria de salud; salud pública, interculturalidad.

Abstract

Dr. Manuel María Núñez Butrón, a doctor from Puno, is considered an eponymous of the Medical College of Peru, recognized at the Alma Ata meeting as "Pioneer of Primary Health Care" for his search to improve promotional preventive health care, promoting the Community participation.

He created Rijcharismo, a social health doctrine that sought to improve the health and social situation of the peasant and indigenous populations of Puno, articulating traditional medicine with public health methods, respecting interculturality, he formed numerous groups of promoters who visited the communities, teaching and trying to get the population to develop capacities that allow the control of the processes that affected their health and seeking to improve their socioeconomic situation. He wrote the magazine Runa Soncco, whose content was adapted to the mentality and needs of the indigenous communities of Puno, presenting articles in Spanish, Quechua or Aymara, where he expressed an identification with medical indigenism. The purpose of this article is to publicize his pioneering and transcendent work, for the memory of Peruvians and the Peruvian medical order.

Keywords: History of medicine, Peru; primary health care; public health, interculturality.

Introducción

El doctor Manuel Núñez Butrón (Figura 1) fue declarado epónimo del Colegio Médico del Perú (CMP) en el año 2011, durante la gestión del doctor Ciro Maguiña Vargas, siendo el sustento principal de esta distinción el reconocimiento dado en Alma Ata como "Pionero de la Atención Primaria de salud" [1].



Figura 1. Doctor Manuel María Núñez Butrón. Óleo donado al Consejo Regional XIV Puno del Colegio Médico del Perú por la familia de nuestro personaje, obra del artista plástico natural de Ayaviri, señor Juan Ciro Goyzueta Mendiguri.

En 2018, en la ciudad de Puno, para conmemorar las cuatro décadas de la declaración de Alma Ata, el Consejo Regional XIV del CMP realizó el curso taller "La Salud en el Perú a 40 Años de Alma Ata", con la presencia de distinguidos visitantes, entre los que estaban los doctores Julio Castro Gómez, ex decano nacional del CMP; Arturo Iglesias Bedoya, integrante del Comité Asesor de Salud Pública del Consejo Nacional del CMP; y Miguel Dávila Dávila, consultor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Allí se evaluaron los avances en la atención primaria concluyendo que, si se quería lograr los fines propuestos en dicha declaración, se debía retomar la propuesta primigenia que impulsaba Manuel Núñez Butrón: "que la salud de la población depende de todos y que la comunidad debe participar activamente para el cuidado integral de la salud". Luego de la clausura del evento se visitó el pueblo de Samán, distrito de la provincia de Azángaro, departamento de Puno; lugar de nacimiento de nuestro insigne personaje, día en que todos los presentes asumieron el compromiso de estudiar y difundir su obra [2].

La declaración de Alma Ata

La Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud, efectuada en 1978 en la ciudad de Alma Ata, entonces en la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas y que hoy forma parte de Kazajistán, fue presidida por el doctor David Tejada de Rivero, médico peruano nacido en Arequipa y entonces funcionario de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual concluyó con una declaración donde los países y organismos asistentes asumieron el compromiso de lograr “salud para todos en el año 2000”; determinando que debería aplicarse la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia para lograr esa meta; y como corolario, declararon al doctor Manuel María Núñez Butrón como “Pionero de la Atención Primaria de Salud”.

Atención Primaria de Salud (APS)

La APS fue definida como esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación [3].

La APS debe ser parte integrante tanto del sistema nacional de salud como del desarrollo social y económico global de la comunidad; que es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, y que la atención de salud debe ser asequible a todas las personas.

La APS es reflejo y consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades. Está orientada a solucionar los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Debe contar con la distribución equitativa de los recursos, participación comunitaria, tecnología apropiada y cooperación entre los diferentes sectores cuyas políticas están relacionadas con la salud, como la agricultura, la educación y la vivienda; con énfasis en la prevención, sin excluir los cuidados curativos; incorporar la promoción y la educación sanitaria sobre cómo controlar y prevenir los problemas de salud más habituales [4].

¿Por qué pionero de la Atención Primaria de Salud?

Identificaron que los principios del Rijcharismo coincidían con los de la APS, porque los dos buscaban la participación comunitaria para lograr el acceso de todos los habitantes a los servicios de salud, educación e higiene [5].

Manuel Núñez Butrón se identificaba con el poblador andino y estimulaba el despertar de su postergación social y moral, buscaba que la población tome conciencia de que la problemática de salud solo se soluciona con la participación de la comunidad y que el bienestar personal redundaría en el bienestar colectivo [6].

El Rijcharismo

Es la doctrina sanitario social creada con el objetivo de mejorar la situación sanitaria y social de las poblaciones campesinas e indígenas de Puno, articulando la medicina tradicional con los métodos de la salud pública, respetando la interculturalidad.

Formó grupos de promotores debidamente capacitados, que salían a las comunidades para enseñar y lograr que el poblador desarrolle capacidades que permitieran el control de los procesos que afectaban su salud y mejorar su situación socioeconómica [7].

Manuel Núñez Butrón, al iniciar su labor profesional como médico titular en varias provincias de Puno, con una gran población asignada (cerca de 200 000 habitantes), trató de cumplir con las coberturas exigidas; con mucho esfuerzo recorrió el Altiplano a caballo, motocicleta y muchas veces a pie, con el fin de invitar a la población a acudir a las campañas de vacunación; pero los “indios”, como él los llamaba, no acudían; preferían sus métodos tradicionales, por lo que optó por exigir el certificado de vacunación antivariólica y que al acudir se presenten limpios como estrategia para mejorar, logrando un efecto paradójico: alejó más a los comuneros [8]; detectó que generaba desconfianza y eso era lo que interfería en su labor; la gente se preguntaba “¿por qué un misti quería hacerles bien a los indios?”.

Frente a esta problemática, y con mucha sabiduría, ideó una estrategia para revertir esta debilidad; comenzó a buscar amistad con los curanderos “indios”, a los que fortalecía en sus prácticas sanitarias con el principio de interculturalidad y los capacitaba en diferentes tópicos como el cuidado de la salud e higiene corporal, realizar pequeñas curaciones, colocar inyecciones y vacunar, y con ellos organizó brigadas sanitarias. Fue así que en la comunidad de Isla nacieron los “Rijcharis”, o como decía Núñez Butrón, nació la “Sanidad Rural Rijchari”, que significa “despierta” en español.

Se formaron innumerables grupos que se diseminaron por todo el altipampa [8]; los Rijcharis viajaban por las comunidades atravesando largas distancias a pie o en motocicletas, capacitaban sobre las causas de las enfermedades y cómo prevenirlas, las ventajas de la vacunación, los beneficios de la higiene, enseñaban a fabricar jabones, a desinfectar habitaciones, utilizaban canciones populares con letra modificada para promover la alfabetización y la higiene o presentaban espectáculos de teatro al aire libre en lenguaje nativo, realizaban diferentes actividades asistenciales que podían ir desde una exodoncia hasta la atención de un parto en los últimos rincones del altiplano [9].

Se volvió algo tradicional, semanalmente realizaban asambleas dominicales en el patio de la casa de Núñez Butrón, donde intercambiaban información, se instruía a los asistentes en los fundamentos de la medicina rural refrescando conocimientos y se entregaba la revista Runa Soncco (Figuras 2 al 5).

El primer número de Runa Soncco emitió ideas generosas en bien de los «indios» de este departamento, en uno de sus acápites declara que: «Runa Soncco nos va a traer cartillas sanitarias para bien de nuestra salud, nos enseñará a leer y a escribir para no continuar siendo sordomudos, nos llevará por el camino de la higiene, la moral y el progreso».

Figura 2. Comentario de la época. Runa Soncco N° 2, página 67.

MÉDICO TITULAR: es el que tiene a su cargo a todos los habitantes de una provincia, los cuida a todos, buscando su porvenir; muchas veces no se le reconoce el bien que desarrolla por la tranquilidad de muchas familias. Es el que lucha contra los enemigos que diezman el capital humano como el peligro infecto contagioso, se complace al no tener casos en toda la zona que le corresponde.

Figura 3. Manuel María Núñez Butrón. Runa Soncco N° 3, página 73.



Figura 4. Portada de Runa Soncco N° 2, Año I. Juliaca, 19 de mayo de 1935

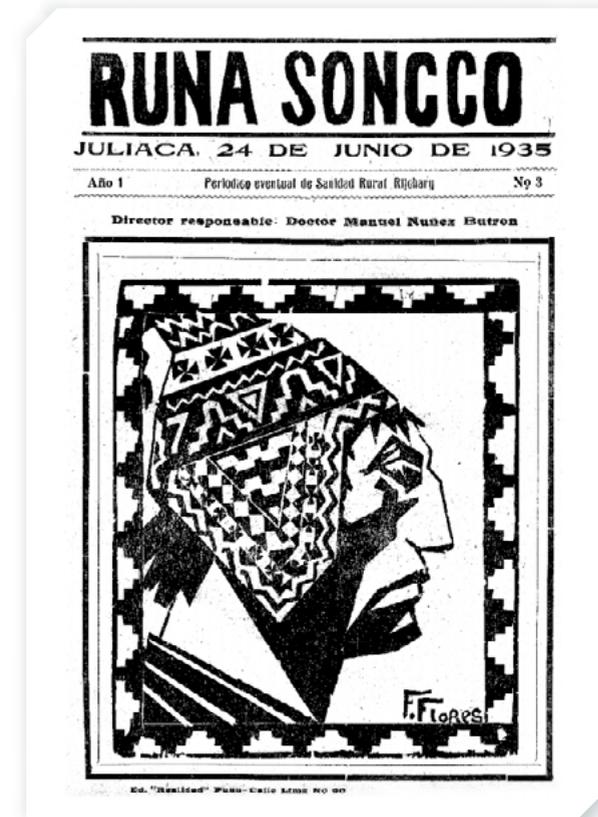


Figura 5. Portada de Runa Soncco N° 3, Año I. Juliaca, 24 de junio de 1935

Simbólicamente, y de acuerdo al pensar del poblador rural, se declararon enemigos de:

- El piojo, transmisor del tifus exantemático.
- El alcohol que bestializa.
- El papel sellado, elemento de la pleitomanía.
- El analfabetismo.

Como símbolos de esta lucha se adoptaron al peine y jabón, al cuaderno y al lápiz. Agregó preceptos éticos del incanato, adoptando cinco mandamientos:

- No ser mentirosos.
- No ser ladrones.
- No ser ociosos.
- No ser pendencieros.
- No ser sucios.

Sus sencillas charlas en lenguaje nativo terminaban siempre con estas palabras:

- “Rijchariyichis”, despertad.
- “Rijcharisun”, despertemos.
- “Rijcharisun puni”, estemos siempre despiertos.

La revista Runa Soncco

Núñez Butrón definió que el título de esta revista se debe entender como “hombre que tiene mucho amor al “indio”. Constituyó otra estrategia usada por este visionario médico para difundir los conocimientos, refrescar y darle sostenibilidad a su labor.

Tenía un contenido adaptado a la mentalidad y necesidades de las comunidades indígenas de Puno, en ella presentaba artículos en español, quechua o aimara.

Expresaba una identificación con el indigenismo médico; definía que el problema que afrontaba el indígena era básicamente sanitario, encontramos el deseo de integrar la cultura andina con la salud occidental mediante la reivindicación de la raza indígena y su cultura, difundiendo sugestivos lemas motivacionales como:

“Un “indio” limpio causa mucho respeto y si sabe leer y escribir se le respeta mucho más”.

“El alcohol es el culpable que muchos se encuentren sufriendo y haciendo sufrir en las cárceles”.

La revista combina temas indigenistas con mensaje sanitario; temas de salud como el tifus exantemático, la viruela, sífilis, gonorrea y otras enfermedades que en esa época eran endémicas en Puno; haciendo mucho énfasis en la lucha contra el alcoholismo y los daños que este produce; sobre la higiene, para evitar los piojos, cómo hacer jabón Rijchari con agua de ceniza, de quinua o cañahua; y sobre los problemas que generan los juicios frecuentes.

Se difundían temas pedagógicos que servían para sus escuelas rurales: la enseñanza de la aritmética en la escuela indígena, las primeras lecciones de aritmética trilingüe, la cartilla trilingüe de Runa Soncco, poesía, el Himno Nacional del Perú. Difundían noticias de la vida diaria y de la vida social de los indígenas, informes de las actividades realizadas por los Rijcharys.

El principal financiamiento de la revista eran sus recursos propios, suscripciones y la cooperación de sus seguidores. La revista llegó a tener difusión internacional ^[10].

Llegó a publicar hasta diez números, el primero salió en mayo de 1935; lastimosamente este número está perdido, conocemos una parte de él por la transcripción que realiza la revista Eco de Puno, los otros nueve números se editaron íntegramente en el libro *Manuel Núñez Butrón, Pionero de la Atención Primaria de Salud en el Mundo* ^[10].

¿Por qué crea el Rijcharismo?

Fueron diferentes factores los que estimularon su sensibilidad social y reconocido amor por los “indios”; vio cómo el poblador del ande estaba sometido y explotado en las haciendas, en condiciones de vida precarias, con escaso aseo corporal, sumido en el alcoholismo, analfabetismo y múltiples prejuicios con respecto a la medicina, factores que lo predisponían a sufrir diferentes enfermedades, especialmente infecciosas, y que fueron origen de numerosas epidemias ^[11]. En los primeros lustros del siglo XX se gestaron movimientos reivindicativos indigenistas en las provincias de Puno, siendo los más notables:

- Rumi Maqui que se levantó en Azángaro y Huancané en 1915, buscando erradicar a los hacendados que oprimían al indígena.
- La rebelión de Samán contra la hacienda San Juan, provincia de Huancané, cuando los habitantes del centro poblado de Huancho, en agosto de 1923, proclamaron la República del Tahuantinsuyo ^[12].

El hecho de haber nacido en Samán, criado solo por su madre y haber padecido durante toda su formación académica diferentes tipos de discriminación, marcó su vida; lo que plasmó en el artículo “Impresiones de un Indio”, publicado en el número 3 de Runa Soncco ^[10].

El factor más importante, que consolidó su trabajo y accionar, lo absorbió con el ideario indigenista del “Grupo Orkopata” dirigido por Gamaliel Churata, vigente en esa época y que por medio de su Boletín Titicaca difundía la doctrina indigenista de la redención americana; uno de los integrantes de este grupo, Eustaquio Rodríguez Aweranka, que fue un reconocido artista de la época, participó activamente en Runa Soncco y en el Rijcharismo, habiendo entablado una gran amistad con nuestro personaje.

Su aporte a la sociedad

El doctor Manuel María Núñez Butrón:

- Impulsó la participación comunitaria.
- Impulsó la educación social en el adulto y la creación de diferentes escuelas rurales que siguen vigentes a la fecha, donde los Rijcharis enseñaban a leer y escribir; diferentes oficios como agricultura, sastrería, sombrerería, la confección de esteras y sandalias, la elaboración de quesos, etc. Cada escuela tenía su huerto experimental para mejorar la alimentación y las condiciones de los habitantes.
- Aportó a la demografía mediante censos comunales, que eran realizados por los Rijcharis en casi todas las comunidades.
- Implementó bibliotecas ambulantes.

- Impulsó la creación del Hospital de Juliaca.
- Aportó a la Medicina Social, preocupándose por la atención de los indigentes, el derecho al trabajo digno, criticando muchas veces el pago del trabajo con alcohol y coca por jornales laborados en las diferentes haciendas de Puno, realizó pronunciamientos públicos en contra del maltrato al «indio» y la necesidad de que tenga acceso a la educación.

Su vida

Fue al inicio del siglo xx, el 1 de enero de 1900, que nació el doctor Manuel María Núñez Butrón en la comunidad de Chucaripo, distrito de Samán, provincia de Azángaro (Figura 6). Fue hijo del sacerdote Guillermo Núñez y Rosa Butrón Sáenz. Su formación escolar inició en Juliaca en el Centro Escolar N° 1121, luego migraba a Puno, estudiando en el Colegio San Carlos. Los estudios premédicos son realizados en la Universidad de San Agustín Arequipa; en 1920 ingresaba a la Facultad de Medicina de San Fernando de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y luego, debido al receso del centro de estudios, viajó a España, estudiando en la Universidad de Barcelona, donde se recibió de médico el 7 marzo de 1925, para retornar finalmente al Perú.



Figura 6. Partida de Nacimiento del doctor Manuel María Núñez Butrón. 1 de enero de 1900

Revalidó su título en San Fernando; empezando a ejercer como médico escolar en Lima y también en la Sanidad Militar; luego decidió retornar a su tierra y en 1926 trabajó en la Beneficencia Pública de Puno. En 1927 es nombrado médico titular en la provincia de Azángaro. En 1929 asume el cargo de médico titular de Azángaro y Huancané. Desde el año 1933 es nombrado médico titular de San Román, en esta jurisdicción impulsa el Rijcharismo; en 1937 surgieron problemas con grupos de poder de la región, ya que con el Rijcharismo se oponía a la venta de alcohol y a los juicios, y por enseñar a leer a los campesinos e impulsar la toma de conciencia; esto logró que sea desplazado a Ucayali y a Huancavelica como médico titular. En 1939 lo reivindicaron y regresó nuevamente a su querida Juliaca como médico titular.

El 7 de diciembre de 1952 cae víctima de policitemia y de una complicación pulmonar; alza el vuelo a la eternidad el Jatun Rijchari, como lo llamaban los “indios”, causando gran pesar en los campesinos, quienes lo consideraban su protector y amigo; tres días después sus restos son exhumados en la provincia de Cayma, Arequipa [10].

“...y nos íbamos a trasladar a Arequipa, fallece acá en esta habitación que está ahí (señalando a la habitación), me llamó y me dijo abrázame ya me voy, nos vamos a cantar hijita, hay una canción que cantamos “me voy a una tierra lejana donde nadie sepa que yo muera, a un país donde nadie sepa que yo muera, (canta) decía la letra no recuerdo bien. Después me da algunas recomendaciones y decía cómo quisiera ver en mi gente del campo, médicos, abogados, ingenieros si todos somos iguales. Al Perú los españoles no trajeron mujeres, trajeron puros varones, los varones que vinieron ya se juntaron con mujeres peruanas, entonces ¿qué somos nosotros?, la descendencia española, pero nuestros hijos, nuestros nietos son peruanos” [13].

ORCID

Wilfredo Antonio Olave Benitez, <https://orcid.org/0000-0001-6567-7125>

Dino Calcina Jaén, <https://orcid.org/0000-0002-5501-5838>

Vidmar Orlando Mengoa Herrera, <https://orcid.org/0000-0003-0396-5839>

Referencias bibliográficas

1. Maguñá C, Villena J. Resolución del Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú N° 9430-CN-CMP-2011. Colegio Médico del Perú; 2011.
2. De Rivero DT, Sánchez T, Ormachea J, Carbone-Campoverde F. Cuarenta años después de Alma Ata: la actualidad de sus conceptos fundamentales. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2018;35(4):675-7.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Declaración de Alma Ata. Septiembre de 1978; 3.
4. Vela Quico A. Historia de los Paradigmas de Salud. 2020 [consultado: 2 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos88/historia-paradigmas-salud/historia-paradigmas-salud2.shtml>
5. Reiner Hernández L, Cruz Caballero BA, Orozco Muñoz C. La participación comunitaria como eje de la atención primaria de la salud. Edumecentro. 2019; 11(1):218-33.
6. Guillen M. Manuel Núñez Butrón: Runa Soncco y la Salud Pública en el Perú. 2019. DOI:10.13140/RG.2.2.29051.87842



7. Rijcharismo: Ensayo de Medicina Social en el Perú [Internet]. Los Andes. 2019 [consultado: 2 may 2021]. Disponible en: <https://www.losandes.com.pe/2019/06/09/rijcharismo-%ef%bb%bfensayo-de-medicina-social-en-el-peru/>
8. Frisancho D. Jatun Rijchari: Manuel Núñez Butrón, precursor de la medicina rural. Lima: Editorial Juan Mejía Baca; 1981.
9. Arroyo-Hernández CH. Runa soncco: Manuel Núñez Butrón y su proyecto de educación sanitaria. Rev Peru Med Exp Salud Publica. abril de 2013;30(2):336-9.
10. Calsín V. Olave A, Huenec O. Manuel Nuñez Butron Pionero de la atención primaria de Salud en el mundo. 1ra ed. Juliaca: Municipalidad provincial de San Román; 2020. p. 336.
11. Una trascendental labor medico social en el Peru.pdf [Internet]. [citado 29 de abril de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.essalud.gob.pe:8080/jspui/bitstream/MIREPO/1066/1/Una%20trascendental%20labor%20medico%20social%20en%20el%20Peru.pdf>
12. Vargas DR. Los movimientos indígenas y la educación del siglo XX en el sur andino puneño, peruano. Rev Hist Educ Latinoam [Internet]. 2019; 21(33). [consultado: 30 abr 2021]; Disponible en: https://revistas.uptc.edu.co/index.php/historia_educacion_latinoamericana/article/view/9354
13. Vilca J. Entrevista a Rosa Jacinta Núñez Butrón Belzú, hija del doctor Manuel Núñez Butrón. En: Manuel Nuñez Butron Pionero de la Atención Primaria de Salud en el Mundo. 1ra ed. San Roman: Rijchari; 2020. p. 59.

The Medical College of Peru and its contribution to the development of the Peruvian medical order in the last fifty years

El Colegio Médico del Perú y su contribución en el desarrollo de la orden médica peruana en los últimos cincuenta años

Ricardo Iván Álvarez-Carrasco^{1,2,3,a,b}

ralvarezcarrasco@yahoo.com

- ¹ Instituto Nacional Materno Perinatal.
- ² Academia Panamericana de Historia de la Medicina.
- ³ Asociación Médica Peruana de Patología Clínica
- ^a Médico cirujano
- ^b Especialista en Patología Clínica

Contribuciones de autoría:

El autor ha desarrollado todas las etapas de la investigación.

Fuentes de financiamiento:

El autor ha financiado íntegramente todas las etapas de esta investigación.

Declaración de conflictos de interés:

El autor declara no tener cualquier relación, condición o circunstancia que pueda reducir la objetividad en la interpretación del artículo; la cual puede ser económica o institucional (consultorías, becas, pagos por viajes, viáticos, etc.).

Agradecimientos:

No se consigna ningún agradecimiento.

Autor correspondiente:

Ricardo Iván Álvarez Carrasco
Dirección: Jirón Junín N° 238, departamento 505, Madalena del Mar
 Código postal 15086
Teléfono Celular: 950 - 830526
Teléfono Fijo: 402 6879

Resumen

La historia del Colegio Médico del Perú y su contribución en el desarrollo de la orden médica peruana es un tema verdaderamente apasionante y retador, no sólo por la extensión temporal, que rebasa los cincuenta años, sino también por la riqueza y el número de los acontecimientos que lo han construido y que hoy la convierten en una institución indesligable e indispensable para explicar el devenir histórico de la comunidad médica nacional; el objetivo de este artículo es hacer una revisión de los hitos más trascendentes de su vida institucional y la relación con esta comunidad y la sociedad peruana en su conjunto.

Palabras claves: Historia de la medicina; Perú; Ética; Salud pública.

Summary

The history of the Medical College of Peru and its contribution to the development of the Peruvian medical order, is a truly exciting and challenging subject, not only because of the temporal extension, which exceeds fifty years, but also because of the richness and number of events that they have built it and that today they make it an inseparable and indispensable institution to explain the historical evolution of the national medical community; the objective of this article is to review the most important milestones of his institutional life and the relationship with this community and peruvian society as a whole.

Keywords: History of medicine; Peru; Ethic; Public health.

Introducción

El Colegio Médico del Perú (CMP) es una institución autónoma de derecho público interno, conformada por organismos democráticamente constituidos y representativos de la profesión médica en todo el territorio de la República, cuya misión, a través de su más de medio siglo de existencia, ha sido fomentar el bienestar social y el trabajo de los médicos, promover una reforma por el derecho a la salud y el acceso universal a la seguridad social, garantizar una formación y ejercicio profesional científico, humanista, basado en los principios ético-deontológicos de la profesión.

Sin embargo, debió afrontar diversas vicisitudes que ralentizaron su desarrollo, disposiciones gubernamentales que le sustrajeron o confirieron ingresos económicos, la incompreensión de algunos de sus asociados que por desconocimiento o sesgos particulares le exigieron acciones que las normativas vigentes no le permitían, y finalmente una diversidad de directivos nacionales y regionales que contribuyeron o dificultaron la marcha institucional. La narrativa que compartimos a continuación pretende dar a conocer los principales hitos de la existencia institucional del CMP.

Los intentos por establecer el Colegio Médico del Perú

A mediados del siglo XX la orden médica peruana contaba con las academias nacionales de medicina y cirugía, que se encargaban del desarrollo científico de sus correspondientes especialidades; la Federación Médica Peruana (FMP), responsable de velar por los aspectos gremiales y sindicales; la Asociación Médica Peruana Daniel Alcides Carrión, cuyo principal objetivo era preservar la memoria y la obra del mártir de nuestra medicina; y algunas sociedades

que agrupaban a los médicos que ejercían ciertas especialidades; todas estas entidades realizaban sus actividades inconexas entre sí.

Se carecía de una entidad que integrara gran parte de estas acciones, y que por tanto coadyuvara al desarrollo conjunto de la profesión médica, permitiendo ejercer mejor su rol social en los aspectos sanitarios, científicos y académicos para así responder adecuadamente ante las necesidades del país.

Nuestra evolución social permitió que en la década de 1950 se dieran las condiciones propicias para establecer el Colegio Médico en el Perú, el cual debía tener atribuciones en tales asuntos, además de atender los temas éticos y deontológicos de la práctica médica. Sin embargo, se debió esperar el retorno de la democracia, luego de los ocho años de gobierno dictatorial del general Manuel A. Odría -1948 a 1956-.

• Gobierno de Manuel Carlos Prado Ugarteche

Durante el segundo semestre de 1956, en el Congreso Nacional se presentaron los proyectos de ley para la creación de los colegios profesionales de Medicina, Odontología y Químico Farmacéutico ^[1]. El proyecto referido al CMP fue aprobado por la Cámara de Diputados, el 15 de enero de 1957, siendo remitido al Senado para que confirmara aquella aprobación y luego se remitiera al poder ejecutivo, aunque por causas que no se han podido documentar su discusión en esa cámara se postergó indefinidamente ^[1,2].

• Gobierno del general Nicolás Eduardo Lindley López

El 18 de julio de 1962 un movimiento militar encabezado por los generales Ricardo Pérez Godoy y Nicolás Lindley López derrocó al presidente Manuel Prado, cuando apenas faltaban diez días para concluir su período constitucional ^[3]. En marzo de 1963, surgieron divergencias al interior de dicha junta, que provocaron el relevo de Pérez Godoy, quedando Lindley como mandatario de la nación, quien gobernaría en solitario poco más de cuatro meses ^[2].

Fue durante este efímero mandato que se retomó el proyecto para la creación del CMP, de tal forma que el 25 de julio de 1963, es decir, tres días antes de entregar el poder al arquitecto Fernando Belaunde Terry, electo en los comicios de aquel año, se emitió el Decreto Ley N° 14604 bajo el título "Creando el Colegio Médico del Perú, como entidad autónoma, de derecho interno, con sede en la ciudad de Lima" ^[1,2].

Este dispositivo llevó la firma del general Lindley y su Consejo de Ministros, entre ellos el general de brigada Víctor Solano Castro, ministro de Salud y Asistencia Social, y establecía que en el término de 90 días debía estudiarse y presentarse el proyecto de los Estatutos y Reglamento del CMP ^[1,2].

• Gobierno de Fernando Belaunde Terry

El retorno a la democracia suprimió los efectos de este dispositivo, por lo que hubo de reiniciarse las gestiones ante el nuevo Congreso Nacional; en esas circunstancias, durante el segundo semestre de 1963, el senador Gustavo Lanatta Luján, médico y representante por el departamento de Amazonas, impulsó la discusión del proyecto, que finalmente fue aprobado el 11 de agosto de 1964, convirtiéndose en la Ley N° 15173 ^[4].

La autógrafa de aquella ley la firmó Ramiro Priale Priale, presidente de la Cámara de Senadores, y Víctor Freundt Rosell, presidente de la Cámara de Diputados, siendo remitida al presidente Belaunde para su promulgación, quien trascurrido el lapso previsto por la normativa vigente no la aprobó ^[1].

Aquel gobernante tuvo un talante distinto respecto a la creación del Colegio Químico Farmacéutico del Perú, cuya ley de creación fue aprobada por el Congreso Nacional el 24 de noviembre de 1964, y promulgada por el Poder Ejecutivo el 18 de diciembre de aquel año ^[1].

El Congreso Nacional, haciendo uso de sus atribuciones, promulgó la Ley de creación del CMP el 9 de octubre de 1964 ^[1,2]. Siete días después, el 16 de octubre, el doctor Javier Arias Stella, por entonces ministro de Salud Pública y Asistencia Social, firmó el cúmplase, comuníquese, regístrese, publíquese y archívese ^[2].

Al parecer el Poder Ejecutivo fue influenciado por los médicos del entorno presidencial, quienes objetaron dos aspectos del artículo 13° de esta ley, que estaba referido a la composición de la comisión organizadora del CMP, el primero era la presencia de un abogado como presidente de dicha comisión y el segundo que se situara en un plano de igualdad al representante de la FMP con los delegados de los Seguros Sociales Obrero y del Empleado, que en última instancia solo eran dos bases de dicha Federación ^[1].

En la primera y única sesión de aquella comisión, el representante de la FMP planteó la devolución de la ley al Congreso Nacional, con el fin que se hiciera la modificación que creía indispensable ^[1].

Como Mario Alzamora Valdez, decano del Colegio de Abogados de Lima y designado por su corporación para presidir la comisión, no accedió a dicha propuesta, se produjo un serio impase que impidió que la comisión se volviera a reunir, entonces la ley quedó sin reglamentar y, por tanto, sin efecto práctico ^[2].

El establecimiento del Colegio Médico del Perú

El 3 de octubre de 1968, la junta militar que encabezó el general Juan Velasco Alvarado derrocó a Fernando Belaunde ^[5]; dicho militar, probablemente influenciado por el general Miguel Ángel de la Flor Valle, futuro ministro de Relaciones Exteriores de dicho régimen, y hermano de Jorge de la Flor Valle, por entonces un destacado médico radiólogo, tomó la iniciativa de zanjar finalmente este asunto ^[2].

De este modo, el 29 de noviembre de 1968 se emitió el Decreto Ley N° 17239, que coordinado con la Ley N° 15173, promulgada en octubre de 1964, dio vida real al CMP ^[2]. Dicha coordinación significó la introducción de ciertas modificaciones en la ley original, que se consignaron en los artículos 1°, 3°, 4°, 5°, 6°, 8°, 9°, 11°, 12°, 13° y 15° ^[1].

La comisión encargada de organizar el CMP debía elaborar su Estatuto y Reglamento en el término de noventa días a partir de la fecha, los cuales serían remitidos al Ministerio de Salud, para su aprobación por Decreto Supremo ^[1].

El 1 de julio de 1969 se aprobaron el Estatuto mediante el Decreto Supremo N° 00101-69-SA y el Reglamento por el Decreto Supremo N° 00102-69-SA, que llevaron las firmas del general Velasco, presidente de la junta militar de gobierno, y del mayor general FAP Eduardo Montero Rojas, ministro de Salud ^[1].

A partir de julio de 1969, la colegiatura se convirtió en una condición indispensable para el ejercicio de la profesión médica ^[6]. La primera versión impresa de la ley coordinada, Estatuto y Reglamento del CMP, quedó finalmente editada el 18 de octubre de 1969 ^[1].

Inicio de la vida institucional, contribución a la orden médica y a la sociedad peruana durante el siglo XX

De acuerdo con la normativa institucional se desarrolló el proceso de elección de los directivos del primer Consejo Nacional y los Consejos Regionales, resultando nominado el doctor Jorge de la Flor Valle (Figura 1), en el cargo de decano nacional ^[2].

Poco después se abrió el registro de inscripción de los asociados, al doctor De la Flor se le concedió el número de colegiatura 001 ^[7], el primer vicedecano nacional, doctor Carlos Bustamante Ruiz, recibió el 002; y la doctora Doris Susi Roedenbeck Lindeman fue la primera dama inscrita, con el número 006 ^[1]. Igualmente se crearon los registros de los especialistas y de las sociedades médico científicas, asimismo se establecieron los comités calificadoros competentes para cada objeto ^[4].



Figura 1. Doctor Jorge de la Flor Valle, primer decano nacional del Colegio Médico del Perú 1969-1971. Pintura realizada por el artista Néstor Adolfo Reátegui Carbone (n.1918-m. 2012),

Esta directiva efectuó los primeros pronunciamientos públicos sobre asuntos sanitarios de relevancia nacional, como la opinión favorable respecto a que los hospitales de las Sociedades de Beneficencia Pública pasaran a la administración del Ministerio de Salud, y la reglamentación del aborto terapéutico, señalando que cada caso debía resolverse según el criterio de una junta médica conformada por no menos de tres especialistas en el problema que se tratara y que en caso que se acordara realizarlo, debía efectuarse en un hospital o clínica oficialmente reconocida [2].

El 8 de abril de 1972, el régimen de Velasco emitió la Resolución Suprema N° 00360-72-SA, que aprobaba el nuevo Estatuto del CMP [2], y en junio de ese año apareció el primer número de la revista Acta Médica Peruana [8,9], órgano institucional que subsiste hasta nuestros días y que durante décadas ha sido el vehículo de publicación de numerosas investigaciones efectuadas por la comunidad científica nacional.

El 21 de noviembre de 1972, el gobierno militar dio el Decreto Ley N° 19620, que sustituyó el impuesto de timbres por un nuevo Sistema Tributario; el inciso 23 del artículo 50° derogaba la Ley N° 10180 [1], en lo referente al timbre a los certificados médicos [2]. Desde entonces el CMP debió subsistir de las cuotas de sus asociados, por lo que se buscó afanosamente obtener otras rentas que hicieran posible el adecuado desenvolvimiento institucional [2].

El 5 de octubre de 1975, coincidiendo con el noventa aniversario de la muerte de Daniel Alcides Carrión, se inauguró el local institucional propio, ubicado en número 791 del Malecón de la Reserva, antes llamado Malecón Armendáriz, en el distrito de Miraflores, en la ciudad de Lima [1].

En agosto de 1976 se realizó el Primer Congreso Médico Nacional, en el Centro Vacacional Huampaní, distrito de Chaclacayo, en la ciudad de Lima, que concluyó que el Sistema Nacional de Salud era la alternativa más viable para la reforma sanitaria que planteaba el gobierno; se debía ampliar la cobertura del sistema de salud a nivel nacional sin detrimento de la calidad de los servicios; su financiamiento debía ser pluralista, es decir, provenir del tesoro público, la seguridad social y el sector privado; el presupuesto del sector salud debía aumentarse significativamente; había que respetar la vigencia del Seguro Social del Perú; y se hacía urgente la promulgación de la Ley del Trabajador Profesional de la Salud [2].

En diciembre de 1977, el CMP fue anfitrión del Primer Congreso Latinoamericano de Colegios Médicos, en la bahía de Paracas, departamento de Ica, cuyas recomendaciones fueron [1]: defender el derecho de los médicos a participar en la formulación de las políticas de salud; se rechazó el sistema unicista de salud, ya sea a través del Servicio Único o del Seguro Social sin libertad de elección; y se propuso que la autonomía del paciente para elegir a su médico tratante fuera elevada a la categoría de derecho humano [10].

Como corolario del evento se fundó el Consejo Latinoamericano de Colegios Médicos, y se firmó la Declaración de Paracas, que intentaba impedir la masificación de la medicina y la proletarización del médico [10].

En noviembre de 1980 se llevó a cabo el Segundo Congreso Médico Nacional, también en el Centro Vacacional Huampaní, que acordó aprobar la plataforma única de lucha de la orden, que no solo contenía reclamos salariales, sino también la antigua demanda de una ley que rigiera el trabajo médico en el país; gestionar ante el Congreso Nacional las rentas provenientes de la venta de los certificados médicos, cuyo uso sería obligatorio a nivel nacional; y aprobar el proyecto del Fondo de Seguridad del Médico (FOSEMED) [1].

El 24 de mayo de 1982, el presidente Fernando Belaunde Terry promulgó la Ley N° 23392, sobre la expedición de los Certificados Médicos como constancia de salud o enfermedad, que todas las dependencias públicas y privadas debían exigir en el formulario especial, creado por la Ley N° 15812, gracias a este dispositivo el CMP pudo contar con una renta que decuplicó la existente anteriormente, y que le permitió cumplir cabalmente con lo estipulado en el estatuto institucional [1].

Aquel año se dieron los primeros pasos para organizar el Programa de Educación Médica Continua cuyos principales gestores fueron los doctores Guillermo Contreras Palacios, presidente del Comité de Educación Médica y Especialización Profesional del Consejo Nacional del CMP, y Gustavo Delgado Matallana [2].

El 24 de diciembre de 1982, Fernando Belaunde, gracias a las gestiones del CMP, promulgó la Ley N° 23536, que regulaba el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud, que contó con la firma del entonces ministro de Salud, doctor Juan Franco Ponce [2].

El 5 de octubre de 1987, a pedido expreso de la Facultad de Medicina de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica, el Consejo Nacional del CMP le concedió a Daniel Alcides Carrión el número de matrícula 001 y emitió el certificado de colegiatura y el carnet correspondientes, ambos con la firma del doctor Pedro Ortiz Cabanillas, por entonces decano nacional [11].

El 28 de marzo de 1990, Alan García promulgó el Decreto Legislativo N° 559, que contenía la Ley del Trabajo Médico, en la época en que el ministro de Salud era el doctor Paul Caro Gamarra; sin embargo, su reglamentación recién se daría once años después [2].

El 7 de octubre de 1991 el presidente Alberto Fujimori promulgó la Ley N° 25342 que declaraba como héroe nacional a Daniel Alcides Carrión, cuando el ministro de Salud era el doctor Víctor Yamamoto Miyakawa [2].

En 1992 se llevó a cabo el Tercer Congreso Médico Nacional siendo sus principales temas de agenda la modernización del sistema de salud, los aspectos éticos del ejercicio de la profesión y la aplicación de los programas de planificación familiar [12].

El 26 de diciembre de aquel año, Fujimori promulgó el Decreto Ley N° 26092, que establecía la “Autofinanciación de los Colegios Profesionales”, que tuvo el visto bueno de Víctor Paredes Guerra, ministro de Salud y biólogo de profesión, que significó un duro golpe financiero para el CMP; el decano nacional Raúl Romero Torres convocó al Consejo Nacional, que el 6 de enero de 1993 declaró en estado de emergencia la economía del colegio [2].

En noviembre de 1996, se realizó el Cuarto Congreso Médico Nacional, en el que se criticó la política privatizadora de Fujimori, haciéndose énfasis en el peligro que corría la Seguridad Social, motivo por el cual se promovió la formación de un Frente de Defensa; y se presentó una propuesta para la Reforma de Salud, y una alternativa al Decreto Legislativo N° 887 [13].

En 1998 el Consejo Nacional acordó investigar el Programa de Salud Reproductiva implementado por el régimen de Fujimori, conformándose una comisión integrada por los representantes de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG) y las Facultades de Medicina [2].

Aquel año se dieron los pasos iniciales para el establecimiento del Sistema de Certificación y Recertificación del Médico Cirujano y los Médicos Especialistas (SISTCERE) [14], siendo el primer colegio profesional del Perú que tomó medidas concretas para garantizar la actualización académica y científica de sus miembros.

A principios de 1999, el Consejo Nacional aprobó el nuevo reglamento de las Instituciones Médico Científicas (IMC), toda vez que el surgimiento de las más diversas sociedades médicas hizo

indispensable dictar las disposiciones para regularlas y facilitar el cumplimiento de los roles que ahora les asignaba el desarrollo de la Educación Médica Continua, vinculada a la recertificación profesional [2]. Dicho documento dividió a las IMC en Sociedades Médicas Principales y Sociedades Médicas Especiales [15].

También en 1999 se efectuó el Quinto Congreso Médico Nacional, que acordó continuar y ratificar la lucha contra la privatización de la salud, promover la acreditación de las Escuelas y Facultades de Medicina, e impulsar la certificación y recertificación de los miembros de la orden [16].

El 2 de noviembre de 1999, Alberto Fujimori promulgó la Ley N° 27192, que modificaba el artículo 8° de la Ley N° 15173, que creó el CMP, así se cambió la conformación del Consejo Nacional, que desde entonces contaría con la participación directa de los presidentes de los Consejos Regionales, que hasta ese momento eran representados por médicos que residían en Lima y que eran designados por cada uno de ellos [2].

El 29 de abril de 2000 entró en vigencia el nuevo Estatuto del CMP que reemplazaba al vigente desde 1972 [17], y el 23 de septiembre de 2000, el Consejo Nacional emitió la Resolución N° 094, que aprobó el nuevo Código de Ética y Deontología del CMP [18], en el que se incorporaron los conceptos de salud como derecho de los ciudadanos, los principios de Bioética y los derechos del paciente [2].

Desde su fundación hasta el fin del siglo XX, el CMP también participó activamente y de diversas maneras en las luchas gremiales de la orden médica, generalmente en consonancia con la FMP, que en más de una ocasión tuvieron su expresión en las huelgas nacionales, como la de 1977 en cuya solución medió el decano nacional Manuel Pizarro Flores [10]; la de 1981, que perduró por cien días, reclamando mejoras salariales y en las condiciones de trabajo, pero fundamentalmente la dación de una nueva ley que rigiera el trabajo médico [2]; y la de 1984, que en su momento más álgido y cuando parecía que era poco menos que imposible que las partes se pusieran de acuerdo, surgió la figura mediadora del doctor Melitón Arce Rodríguez, por entonces decano nacional, quien interpuso sus buenos oficios entre el ministro de Salud, doctor Juan Franco Ponce, y el presidente de la FMP, doctor Hugo Díaz Lozano [2].

El Colegio Médico del Perú a inicios del siglo XXI

El 21 de julio de 2001, el gobierno de Valentín Paniagua Corazao reglamentó la Ley del Trabajo Médico, en virtud del Decreto Supremo N° 024-2001-SA cuando por entonces era ministro de Salud el doctor Eduardo Pretell Zárate [2].

En 2001 se realizó el Sexto Congreso Médico Nacional, que hizo el balance de las políticas neoliberales en la salud y la Seguridad Social, aprobó los lineamientos de las políticas de salud para el quinquenio 2001-2006, y propuso robustecer la plataforma unificada de las reivindicaciones de la orden médica [16].

El 24 de julio de 2002, por intercesión de los miembros del CMP, el gobierno de Alejandro Toledo promulgó la Ley N° 27794, que modificaba el artículo único de la Ley N° 25342, en virtud de ello se declaró a Daniel Alcides Carrión como Héroe Nacional, Mártir y Maestro de la Medicina Peruana ^[2].

En junio de 2003 se realizó el Séptimo Congreso Médico Nacional, cuyos principales acuerdos fueron ratificar los lineamientos de las políticas de salud planteados en el anterior congreso para el quinquenio 2001-2006 ^[16], y exigir una auténtica reforma del sector salud y de la Seguridad Social, que debían ser solidarios y universales ^[19].

En junio de 2004, el Consejo Nacional aprobó el nuevo Reglamento del CMP, dando fin a un desfase normativo, ya que el Estatuto institucional estaba vigente desde el 29 de abril de 2000, y regía junto al Reglamento dado en 1972 ^[20].

El 3 de agosto de 2004 se aprobó el reglamento del SISTCERE, y apenas siete días después, el 10 de agosto, se instalaron los comités encargados de la recertificación de los profesionales médicos ^[21].

En febrero de 2006, el Consejo Nacional hizo un pronunciamiento público, junto a la Academia Nacional de Medicina (ANM), Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) y la Comisión de Acreditación de las Facultades y Escuelas de Medicina (CAFME), contra la creación de las filiales de las Facultades de Medicina de las universidades privadas, sin el menor criterio técnico y obedeciendo solo a objetivos de lucro ^[2].

El CMP estableció que a partir del 2 de enero de 2007, los médicos graduados en universidades extranjeras y las nacionales no acreditadas, estarían obligados a dar un examen de suficiencia profesional, tanto teórico como práctico, que sería requisito indispensable para el ejercicio profesional en el territorio de la República ^[22].

El 2 de marzo de 2007, el Consejo Nacional emitió la Resolución N° 5151-CNCMP-2007 por la que se aprobó el nuevo Reglamento de Calificación y Funcionamiento de las IMC ^[2].

Aquel año, el CMP se opuso tenazmente al Proyecto de Ley N° 1819/2007, que pretendía implantar el Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil por Servicios de Salud, mejor conocido como el SOAT médico ^[23]. Dicha oposición tuvo sus frutos, ya que evitó que este proyecto se aprobara en el Congreso Nacional ^[2].

También en 2007, los comités de Doctrina y Legislación, Salud Pública e Investigación del CMP se pronunciaron de manera concluyente en que los estudios efectuados en diversos lugares del mundo coincidían en que no había asociación entre la aplicación de las vacunas y el autismo ^[22].

El 29 de mayo de 2008, el Consejo Nacional emitió la Resolución N° 5547-CNCMP-2008, que modificó el Reglamento de Calificación y Funcionamiento de las IMC, vigente desde el año

anterior ^[2], y el 3 de octubre de 2008, se inauguró el Centro de Convenciones Daniel Alcides Carrión, en el distrito limeño de Miraflores, cuyo auditorio ya había sido estrenado en enero de aquel año ^[24].

En mayo de 2009 se desarrolló el Octavo Congreso Médico Nacional, en el que se acordó promover la construcción de un Sistema Nacional de Salud descentralizado, participativo y financiado; derogar la Ley del Aseguramiento Universal en Salud y promulgar una nueva que garantizara una efectiva universalización de la Seguridad Social en salud; fortalecer el proceso de capacitación y Certificación-Recertificación por competencias; ratificar la exigencia de no autorizar la creación de nuevas Facultades de Medicina; la defensa irrestricta de la Ley de Trabajo Médico, exigiendo el nombramiento de los médicos contratados y la derogatoria de los Contratos Administrativos de Servicios (CAS); aprobar la Declaración de los Derechos del Médico en la relación médico paciente; y emprender el proceso de reforma estatutaria, cuyos primeros pasos se dieron en agosto de aquel año ^[25,26].

En marzo de 2010, el Consejo Nacional aprobó el establecimiento del Día del Paciente, que debía celebrarse el 13 de agosto de todos los años ^[27], coincidiendo con el nacimiento de José Hipólito Unanue (1755) y Daniel Alcides Carrión (1857) ^[2].

El 27 de abril de 2010 se creó el Fondo Editorial Comunicacional en virtud de la Resolución del Consejo Nacional N° 8427-CN-CMP-2010 ^[28,29], su primer Consejo Directivo fue designado por la Resolución del Consejo Nacional N° 8456-CN-CMP-2010 ^[28].

También en 2010 se adoptó oficialmente el himno del CMP, cuya letra fue obra del doctor Carlos Alberto Seguí Escobedo y la música inspiración del doctor Rafael Junchaya Gómez, esta composición se había utilizado oficiosamente por varios años, pero no había sido incorporada formalmente como uno de los símbolos representativos del CMP ^[2].

El 7 de diciembre de 2011, el Consejo Nacional mediante la Resolución N° 9430-CN-CMP, declaró a Manuel María Núñez Butrón como símbolo de la medicina peruana y epónimo del CMP, conjuntamente con José Hipólito Unanue, José Cayetano Heredia y Daniel Alcides Carrión ^[2].

El 29 de diciembre de 2011, el Consejo Nacional emitió la Resolución N° 9464-CNCMP-2011, que aprobó el nuevo Reglamento de Calificación y Funcionamiento de las IMC, quedando derogado el aprobado en 2007 y su modificatoria de 2008 ^[2].

El 11 de septiembre de 2013, el régimen de Ollanta Humala promulgó entre otros dispositivos, el Decreto Legislativo N° 1153, que tenía el largo título: "Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado" ^[30], que trasgredía la esencia de la Ley del Trabajo Médico, promulgada en 1990, por lo que generó el rechazo general de nuestra orden y fue el germen de diversas protestas ^[2].

En marzo de 2014 se celebró el Noveno Congreso Médico Nacional, cuyo temario tuvo cuatro ejes centrales: políticas de salud y Seguridad Social, las Asociaciones Público Privadas (APP) en salud, políticas para el potencial humano en salud, y la posición de la orden médica frente a los veintitrés Decretos Legislativos relacionados a la Reforma de Salud [2].

En 2016 se creó el Fondo de Investigación, asignándole un presupuesto de 90.000 soles, política institucional que también incluyó el reinicio del Premio Nacional a la Investigación Médica, que otorgó cuatro premios macrorregionales (Alberto Barton, para Lima y Callao; Hugo Lumbreras, para la macrorregión Sur; Hernán Miranda, para la macrorregión Norte; Carlos Monge, para la macrorregión Central) y uno nacional, denominado Daniel Alcides Carrión [2].

En marzo de 2017 se lanzó el Campus Virtual del CMP, para dictar cursos de alto nivel y calidad dirigidos a todos los colegiados del país [2].

Aquel año también se constituyó el Comité Nacional de lucha contra el intrusismo profesional, en cuyo interior se formaron cinco subcomités, que tomaron acción ante el Ministerio de Salud y el Congreso de la República para diseñar los perfiles de cada una de las profesiones de la salud y de esta manera impedir el creciente intrusismo contra la orden médica [2].

Igualmente se creó la Defensoría del Médico, en reemplazo del Instituto Nacional de Defensa Legal del Médico (INDELMED), como un programa de asesoría y defensa legal integral, desconcentrado y coordinado a nivel nacional [2].

Al igual como ocurrió durante la centuria pasada, el CMP en las dos primeras décadas del siglo XXI, tuvo una participación activa en los procesos de reivindicación gremial, siendo particularmente notable su intervención en la huelga nacional de los médicos del Ministerio de Salud y de la Seguridad Social, que iniciada el 13 de mayo de 2014 se extendió hasta el 9 de octubre de aquel año, es decir, duró ciento cincuenta días, lo que la convirtió en la más prolongada de la historia de nuestra orden [2].

El CMP y la pandemia del SARS-Cov-2

Durante la pandemia por el SARS-Cov-2, cuyo primer caso en el Perú se diagnosticó en marzo de 2020, el CMP tuvo un meritorio desempeño a través del arduo trabajo que le cupo al decano nacional doctor Miguel Palacios Celi (Figura 2), acompañado por las autoridades nacionales y regionales, quienes en todo momento levantaron su voz para dar orientaciones sanitarias precisas a la población, exigir al Estado que cumpliera con la misión de preservar la salud y la vida de la sociedad peruana, y mostrar su preocupación y tomar acciones concretas para salvaguardar la integridad física de los miembros de la orden médica, exigiendo el respeto de sus derechos laborales, la distribución de elementos de protección personal y otros materiales para la bioseguridad, y el traslado aéreo a Lima de los colegas que se hallaban gravemente enfermos en el resto del territorio nacional, que se financió con el dinero de la institución, entre otros.



Figura 2. Doctor Miguel Palacios Celi, decano nacional del Colegio Médico del Perú durante dos períodos 2016-2017 y 2020-2021, en este último debió afrontar la terrible pandemia del SARS-Cov-2.

Pese a ello, el Perú debió ofrendar la vida de miles de conciudadanos, cuyo número aún está en discusión, y centenares de médicos de las más diversas especialidades, uno de los registros más elevados de América Latina, que sucumbieron ante la letalidad del virus, la indisciplina de una parte significativa de nuestra sociedad, y la ineficiencia de los gobiernos de las últimas décadas, que fueron incapaces de comprender que la salud era un derecho fundamental y que el Estado tenía la responsabilidad de construir una sociedad con equidad en salud.

Colofón

Pretender narrar íntegramente la rica historia del CMP y su contribución en el desarrollo de la orden médica peruana, en el limitado espacio de un artículo, es una misión de éxito improbable, sin embargo hemos pretendido compensar esta carencia con una prolija investigación de la documentación y literatura disponible; quedará en las manos de los médicos y los historiadores de nuestra medicina, profundizar y ampliar la narración de los eventos que no incluimos o aquellos que mencionamos sin la minuciosidad que probablemente merecieron.

ORCID

Ricardo Iván Álvarez-Carrasco, <https://orcid.org/0000-0002-0987-6717>

Scopus Author ID:

57194734963

Referencias bibliográficas

- Barsallo J. Historia del Colegio Médico del Perú. Lima: Sin pie de imprenta; 1999. p. 17-29, 39-41, 44-47, 50-52, 61, 68-72, 76-81.
- Álvarez R. Colegio Médico del Perú. Una visión retrospectiva de sus primeros 50 años de historia. Fondo Editorial Comunicacional del CMP. Lima: REP S.A.C.; 2017. p. 61-64, 67-71, 77-82, 84-101, 113-133.
- Pease H, Romero G. La política en el Perú del siglo XX. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima: Tarea Asociación Gráfica Educativa; 2013. p. 178.
- Burstein Z. Historia de los programas de formación y titulación de médicos especialistas en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2014; 31(3): 598-600.
- Sánchez J. La Revolución Peruana: ideología y práctica política de un gobierno militar 1968-1975. Consejo Superior de Investigaciones Científicas Escuela de Estudios Hispano-Americanos de la Universidad de Sevilla. Murcia: Novograf, S.A.; 2002. p. 27, 71.
- Sánchez Moreno F. Testimonio de hechos determinantes en el período auroral de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. Rev Soc Peru Med Interna. 2015; 28(1): 56-8.
- Fernández E. Jorge de la Flor Valle (1918-1991). Acta Herediana. 1991; 11(abril-septiembre): 57-9.
- Osores F. Acta Médica Peruana: La importancia de la continuidad editorial. Acta Med Per. 2011; 28(2): 123-4.
- Editorial. Acta Med Per. 1972; 1(1): 5-6.
- Pizarro M. Memoria del Decano. Acta Med Per. 1978; 5(1-4): 41-7.
- Delgado G. Daniel Alcides Carrión. Segunda edición. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013. p. 596-598.
- Mendoza A. Ética y Medicina: La experiencia del Colegio Médico del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2011; 28(4): 670-5.
- Lip C, Vargas A, Zevallos W, Longa J, Hurtado J. Situación del Profesional Médico Cirujano a Ocho Años de Iniciada la Reforma de la Salud y la Seguridad Social. Anales de la Facultad de Medicina. 2000; 61(2): 99-124.
- Sistema de salud en Perú. En: Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Río de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; 2012. p. 651.
- Nuevo Reglamento de Sociedades Médico Científicas del CMP. Rev Per Radiol. 1999; 3(7): 31-2.
- Castro J. 40 años del Colegio Médico del Perú. Lima: Sin pie de imprenta; 2009. p. 10-12.
- Rumbo a la modernización. Mundo Médico. 2004; 1(1): 18-20.
- Código de Ética y Deontología, Colegio Médico del Perú. Lima: Colegio Médico del Perú; 2007. p. 4, 7, 8, 28-34.
- Vidal A. Recuperar la participación democrática de las instituciones. Acta Med Per. 2002; 19(4): 3-4.
- Rumbo a la modernización. Mundo Médico. 2004; 1(1): 18-20.
- Certificación y recertificación en marcha. Mundo Médico. 2004; 1(1): 26-7.
- Vargas A. Examen de suficiencia para nuevos médicos. Mundo Médico. 2007; 3(12): 7.
- Colegio Médico del Perú rechaza el SOAT Médico. Mundo Médico. 2007; 4(17): 24-5.
- Inauguración del Centro de Convenciones del CMP. Mundo Médico. 2008; 5(21): 12-3.
- Reafirmación de la dignidad médica y propuestas para el desarrollo de la salud. Mundo Médico. 2009; 6(25): 8-11.
- La reforma estatutaria del Colegio Médico del Perú. Lima: Colegio Médico del Perú; 2011. p. 57.
- Mendoza A. Ética y Medicina: La experiencia del Colegio Médico del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2011; 28(4): 670-5.
- Osores F, Morales C. Fondo Editorial Comunicacional: presente y futuro. Acta Med Per. 2011; 28(4): 182-3.
- Informe de Gestión. Colegio Médico del Perú 2010-2011. Lima: Colegio Médico del Perú; 2011. p. 9, 19, 23, 27, 32, 33, 47.
- Decreto Legislativo N.º 1053. Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado. El Peruano, Lima. 2013 Set 12; 502666-502675 (col. 1-2).

The Medical College of Peru and Their scientific publications in the Bicentennial of the independence of Peru

Alberto Zolezzi Francis^{1,2,a}

El Colegio Médico del Perú y sus publicaciones científicas en el Bicentenario de la independencia del Perú

azolezzi@colegiomedico.org.pe

- Director Acta Médica Peruana
- Hospital María Auxiliadora, Lima
- Médico especialista en Gastroenterología

Contribuciones de autoría:

El autor ha participado en la concepción y diseño del capítulo, recolección de información bibliográfica, redacción del manuscrito y revisión crítica del capítulo. El autor aprobó la versión final del capítulo. El autor se hace responsable de los aspectos que integran el manuscrito.

Fuentes de financiamiento:

Este trabajo fue autofinanciado por el autor.

Declaración de conflictos de interés:

El autor declara no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

Autor corresponsal:

Alberto Zolezzi Francis.

Dirección: Manuel A. Fuentes N° 621, San Isidro, Lima.

Teléfono celular: 996 - 316544

RESUMEN

Doscientos años de independencia; es un tiempo significativo; en el que tenemos que conmemorar lo trascendido en este lapso de tiempo. La vida del Colegio Médico del Perú, el Acta Médica Peruana y las publicaciones del Fondo Editorial Comunicacional es mucho menor a estos doscientos años que conmemoramos; pero la presencia del médico y la medicina en sus diferentes formas trasciende mucho más que este tiempo conmemorativo. En este ajustado resumen queremos mostrar valiosos documentos recogidos en varios artículos de autores prominentes; que nos muestran el andar de la medicina en el Perú desde tiempos precolombinos; llegando con los artículos del Acta Médica Peruana hasta este 2021.

Palabras Clave: Historia de la Medicina, Perú, Publicaciones científicas y técnicas.

ABSTRACT

Two hundred years of independence; it is a significant time; in which we have to commemorate what has happened in this period of time. The life of the Medical College of Peru, the Acta Médica Peruana and the publications of the Communicational Editorial Fund is much shorter than these two hundred years that we commemorate; but the presence of the doctor and medicine in their different forms transcends much more than this commemorative time. In this tight summary we want to show valuable documents collected in several articles by prominent authors; that show us the path of medicine in Peru since pre-Columbian times; arriving with the articles of Acta Médica Peruana until this 2021.

Key Words: History of medicine, Peru, scientific and technical publications.

Este es un libro conmemorativo de un espacio de tiempo especial; son 200 años de independencia de la soberanía de España sobre el Perú. Más allá del análisis de lo que ha sucedido con nuestro país en este tiempo, en este artículo en conmemoración al bicentenario de independencia, se expresa el mayor reconocimiento a todos los que han colaborado con el Colegio Médico del Perú (CMP) a proporcionar conocimientos e impulsar sus publicaciones. En los años de vida del CMP, la institución ha contribuido a brindar un espacio para la información e investigación; y ha tratado, en la medida de sus posibilidades, de estimular la investigación y la producción editorial.

Ya desde muy temprano hubo interés en disponer de una publicación propia; pero pasó algún tiempo para la aparición del Acta Médica Peruana (AMP). Es 1972 y nace, como expresaron en el primer editorial, su director fundador Roger Guerra García, y Octavio Mongrut Muñoz, el editor responsable, como “la respuesta a la ineludible e impostergable necesidad de comunicación entre los médicos... y dar dimensión nacional al pensamiento, producción científica y actividades de los médicos peruanos” [1].

Como se señaló en los Resúmenes del Acta Médica Peruana, en 2017 [2], nuestra revista (Figura 1) es el reflejo de lo que ocurre en la sociedad peruana; es la lucha del deseo y empeño por el estudio y la investigación, y la limitación que impone el vaivén económico y político de un país que desea progresar, pero tiene dificultades de encontrar los medios y personas para llegar a su meta.

La historia de AMP en el siglo XX se resume de la siguiente manera: entre 1972 y 1975, tuvo una frecuencia y periodicidad adecuadas. En 1974 Regulo Agusti toma la posta de su dirección y con él Alberto Cazorla Talleri como editor. El contexto político y económico de la época, hizo difícil la continuidad del AMP. Hubo un receso de dos años, retornando bajo la dirección de Fausto



Figura 1. Caratulas de la revista Acta Médica Peruana, en diferentes periodos de su publicación.

Garmendia, y se mantuvo, aunque la periodicidad bajó hasta un número anual, recién en 1984 hubo un nuevo impulso y comenzaría a publicarse entre tres y cuatro números anuales. Luis Tavera Orozco, como director, junto al director adjunto Gustavo Delgado Matallana, lograron dinamizarla, pero la pobre situación de la economía y el terrorismo de esos años, determinaron un nuevo receso entre 1988 y 1990.

Entre 1991 y 1993 se vuelve a mejorar la frecuencia y periodicidad del AMP y se publican nueve números. Luis Vidal Neyra tomó la responsabilidad de la publicación y esta vuelve a ser entregada a los médicos. Al final del siglo XX, sucedió un periodo de aridez en su publicación, así entre 1994 y 2000 sólo apareció un número [2].

En el inicio del siglo XXI, se genera una lenta pero decidida labor editorial y de difusión de la AMP, siendo ininterrumpida y la frecuencia trimestral se convierte en la regla. Es a partir de

2006, que la revista, en forma progresiva, se adhiere a las normas y exigencias internacionales de las publicaciones científicas.

Tiene una columna vertebral basada en la revisión por pares de peritos, que dan las pautas para la aceptación de artículos de calidad con contenido de valor para el médico y el profesional de salud peruano, y también con llegada latinoamericana y mundial.

En 2021, el AMP está cumpliendo cuarenta y nueve años de su primer número; son 112 publicados en ese tiempo, de ellos 70 (62,5%) se editaron del 2000 hacia adelante, y en ese mismo período, el número de páginas correspondió a más del 73% del material total editado.

La revisión de todos los artículos del AMP ha sido una verdadera epopeya, buscando en las bibliotecas de las universidades con las facultades médicas más antiguas, como la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) y la Universidad Nacional Federico Villarreal (UNFV), y en los archivos del mismo CMP.

Lo que se espera para los años venideros es dar un mayor rigor científico, estadístico y literario a esta producción; el comité editorial ha reforzado diversos aspectos para el mejoramiento de la calificación de los artículos recibidos [2]. Esto se resume en:

- 1) Actualización de las Instrucciones para los Autores, para que el autor médico y no médico, y el editor del AMP, hablen un mismo idioma en cuanto a las normas de publicación.
- 2) Riguroso cumplimiento de las normas de Ética Médica en la realización de los estudios de investigación.
- 3) El AMP es la publicación clínica oficial del CMP, pero se encuentra disponible para médicos de otros países que deseen presentar sus trabajos; y no está limitada a la profesión médica, pudiendo presentar artículos otros profesionales de la salud, siempre y cuando sean pertinentes al contenido de la revista y las ciencias básicas afines a la medicina; por lo que biólogos, microbiólogos, odontólogos, enfermeras y obstetras, entre otros, pueden participar en el AMP.
- 4) La forma de presentación de los artículos originales y en general todas las secciones del AMP, se han adecuando a los formatos de presentación internacional.
- 5) La adopción del sistema OJS (del inglés Open Journal System), facilita el envío de los artículos entre el comité editorial, los autores y revisores, haciendo de la publicación del artículo un trabajo dinámico y en equipo.

La labor del AMP, su comité editorial y el CMP es impulsar un crecimiento sostenido de todas sus publicaciones y ayudar a otras nacionales para dar el gran salto de la modernidad.

ARTÍCULOS DE ACTA MEDICA PERUANA QUE REPASAN ALGO DE NUESTRA HISTORIA

El AMP en sus casi 50 años de vida y con más de 1 100 artículos publicados hasta la fecha; presenta trabajos que recrean la historia del Perú; centrado en los aspectos de la medicina desde la época prehispánica hasta la actual.

Oscar Frisancho, en el artículo Concepción mágico-religiosa de la Medicina en la América Prehispánica [3] (Figura 2), describe como las creencias de lo divino, el mundo presente y el mundo de los muertos; podían tener una influencia en su bienestar o malestar; y el poblador de la América precolombina, estaba preparado a interactuar con los shamanes, curanderos y hechiceros.

El artículo El protomedicato en el Perú de Zavala Batlle [4], describe que la medicina llegada de España no estaba ordenada. Los médicos escasearon probablemente porque no hallaron a los que se aventuraran a viajar al Nuevo Mundo. Y como describe Garcilaso de la Vega, fue común

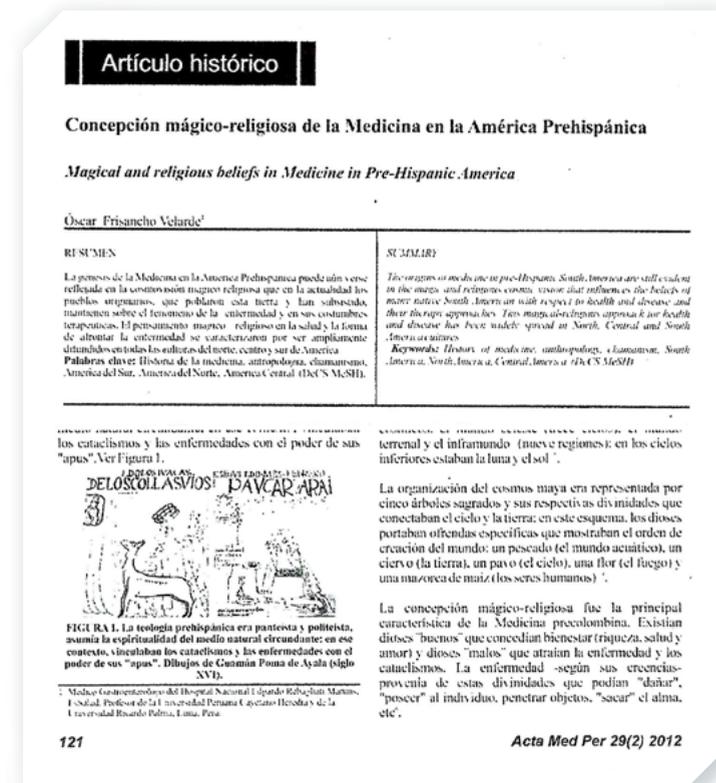


Figura 2. Fragmento del artículo Concepción mágico-religiosa de la Medicina en la América Prehispánica de Oscar Frisancho Velarde. Acta Médica Peruana 2012;29(2):121-7.

que los españoles acudieran a los curanderos. La creación del Real Tribunal del Protomedicato, en 1570, trató de ordenar el correcto ejercicio de la medicina; es un apasionante relato que se extiende hasta Cayetano Heredia (1843-1848), el último Protomédico durante la República (Figura 3).

Un punto intermedio en la historia de la medicina del Perú lo leemos en el artículo Los médicos próceres de la independencia del Perú de Oscar Pamo [5], que describe la modernización en la profesión médica en Europa; que llega a España impulsada por influencia nor-europea y la

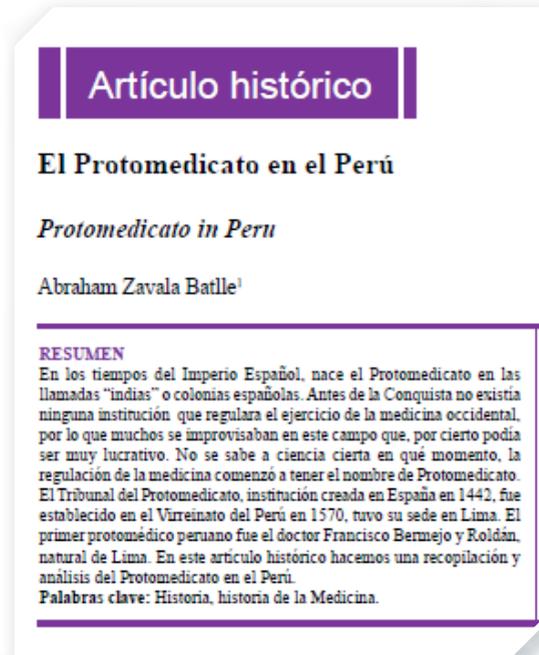


Figura 3. Artículo El Protomedicato en el Perú de Abraham Zavala Batlle. Acta Médica Peruana. 2009;26(1):58-66.

revolución francesa con la liberalización de las rígidas normas que gobernaban a esta profesión. La medicina en el Perú estuvo al margen de estos hechos, su enseñanza se hacía "cuando había alumnos y clases"; en base al estudio memorístico de los escritos de Hipócrates, Galeno y Avicena. Los egresados eran titulados como doctores, cultos y teóricos.

La parte práctica y menos favorecida de la medicina la ejercían los cirujanos; que se dividían en latinos, romancistas (los que no sabían latín) y flebotomos o sangradores. En esta etapa destaca la figura de Hipólito Unanue, que fue el elemento de transito de la colonia a la etapa republicana; siendo importante en la modernización de la profesión médica con la enseñanza de la anatomía y la posterior fundación del Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando; y en unión

a los integrantes de la Sociedad de Amantes del País, animaron a crear la conciencia del Perú como nación. Proclamada la independencia ocupó el Ministerio de Hacienda y otros importantes cargos públicos [5].

Pamo menciona un número significativo de médicos que colaboraron en la gesta de la emancipación, destacando José Gregorio Paredes, José Pezet, Miguel Tafur; el cirujano latino Gabino Chacaltana, el cirujano romano Félix Devoti y José Manuel Valdés, entre otros [5].

Hay dos artículos que narran la dinamización y modernización de la enseñanza de la profesión médica: El inicio de la educación médica moderna en el Perú. La creación de la Facultad de Medicina de San Fernando de Oswaldo Salaverry García [6], y Aspectos de la Historia de la Medicina del Perú durante la fundación de la escuela de medicina: Cayetano Heredia y su tiempo (1797-1861) de Uriel García Cáceres [7], ambos con títulos muy largos, destacan la situación del estudio de la medicina y el estado de la atención de salud.

Las postrimerías del siglo XIX, trajeron un evento infausto para el Perú: la Guerra del Pacífico (1879-1883). En 1979, al conmemorarse los cien años de su inicio, dos artículos recuerdan la participación heroica de médicos y estudiantes de medicina en esta confrontación. Roger Guerra García, el primer director del AMP, escribió el editorial Homenaje a los médicos y estudiantes de medicina peruanos que participaron en la Guerra del Pacífico [8], en ese mismo número se reprodujo la conferencia Los médicos peruanos en la Guerra del Pacífico disertada por Jorge Arias Schreiber Pezet [9]. En ellos se relatan episodios heroicos en los que participaron médicos y estudiantes de medicina, mencionándose al menos 68 nombres que abrazaron la carrera médica y el amor a la Patria, entregando inclusive la vida; dando ejemplo del juramento de brindar salud a quien lo necesite.

El AMP, en sus artículos de historia de la Medicina, describe la vida y obra de médicos peruanos notables; entre ellos Daniel Alcides Carrión García, quien ha sido motivo de importantes investigaciones, siendo su sacrificio un ejemplo para los médicos del Perú y el mundo; aunque ha causado ciertas controversias. En el AMP se editaron once artículos sobre su vida y la investigación de la enfermedad que lleva su nombre [10-20] (Tabla 1).

Este es un apretado resumen de los artículos que describen al médico peruano y la medicina del Perú en toda su historia. Tal vez, queda el vacío, para el AMP, de un artículo que describa la historia de la medicina en el Perú del siglo XX; y el porqué del estado actual de la salud en el Perú, en este aun joven siglo XXI.

TABLA 1. Artículos sobre Daniel Alcides Carrión en el Acta Médica Peruana

Nº	AÑO	VOLUMEN Y NÚMERO	TÍTULO	AUTOR (ES)
1	1973	2 (3)	Daniel A. Carrión; el positivismo y su época	Hugo Pesce
2	1984	11 (4)	Apuntes sobre la apoteosis de Daniel Alcides Carrión García	Félix Castillo Narváez
3	1985	12 (3)	Discurso del embajador Alfonso Arias Schreiber con motivo del homenaje a Daniel Alcides Carrión en la Universidad "Rene Descartes" de Paris, 2 de octubre de 1985	Alfonso Arias-Schreiber
4	2006	23 (1)	Daniel Alcides Carrión. Historia de la Medicina	Uriel García Cáceres
5	2013	30 (1)	Daniel Carrión García en la medallista peruana	Ricardo Álvarez Carrasco
6	2014	31 (1)	Reivindicando el verdadero rostro de Daniel A. Carrión	Bertilo Malpartida Tello
7	2015	32 (1)	Como se expresaron en 1925, Gastañeta y Monge sobre la muerte de Carrión y sobre el informe de la comisión Strong	Bertilo Malpartida Tello
8	2015	32 (2)	Daniel Alcides Carrión en la cripta de los héroes de la guerra de 1879	Gustavo Delgado Matallana
9	2015	32 (3)	Daniel Alcides Carrión: Una visión funcional	José Graña Aramburú
10	2015	32 (4)	Daniel A. Carrión en la historia	Bertilo Malpartida Tello
11	2016	33 (4)	Daniel Carrión García. Estudio iconográfico y antropológico forense	Ricardo Álvarez Carrasco

EL FONDO EDITORIAL COMUNICACIONAL DEL CMP Y SUS PUBLICACIONES

Además de la publicación de los artículos en el AMP, los médicos eran autores de estudios, revisiones y recopilaciones que excedían las características de una revista médica; tales como la publicación de libros sobre temas en el que el autor o autores eran especialistas. El CMP

reconoció este vacío que, en ocasiones, se llenaba con la autofinanciación del propio autor; el apoyo de un laboratorio farmacéutico y menos frecuentemente con la subvención del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONCYTEC).

Por ello se constituyó el Fondo Editorial Comunicacional (FEC); que a partir de 2010, recibió trabajos originales de miembros de la orden médica; proporcionando el financiamiento y/o el reconocimiento, con el aval de haber sido revisadas respecto a la originalidad y validez científica del texto aprobado. Siempre los inicios tienen sus dificultades y hubo publicaciones que tuvieron una originalidad "turbia"; pero actualmente el FEC, ya cuenta con las herramientas para garantizar la valía de estos textos; con una adecuada revisión por expertos del tema, y medios electrónicos para definir que no sean copias de otras publicaciones. En estos años, el FEC ha publicado una relación de textos que detallamos a continuación ^[21] (Figura 4).

2010

- **Cuadernos de debate**
- **Calidad de la educación en la formación médica** (Noviembre de 2010).

2011

- **El acto médico** (Mayo de 2011).
- **La reforma estatutaria del Colegio Médico del Perú** (Setiembre de 2011).

2012

- **Descentralización en salud** (Marzo de 2012).
- **Seguridad del paciente** (Octubre de 2012).

2013

- **Medio ambiente** (Junio de 2013).
- **Acreditación en salud** (Octubre de 2013).

2014

- **Neurociencias y Psiquiatría: La Historia Clínica Integral** de William Aguilar Rivera.
- **Terapéutica Médica** de Alan Bisso Andrade y Jorge Candiotti.
- **La mayor epidemia del Siglo XIX** de Eduardo Zárate Cárdenas.
- **Daniel Alcides Carrión (en CD)** de Gustavo Delgado Matallana.
- **Atlas del Feto y del Recién nacido** de Manuel Ticona, Percy Pacora y Dina Huanco.
- **Como vivir con el Stress y no morir con él** de Christian Miranda.
- **Historia de la Cirugía Cardiovascular** de Bertilo Malpartida.

- **Cáncer de Útero** de Max Aliaga Chávez.
- **Dermatología: Formulación Magistral** de Leonardo Sánchez Saldaña.
- **Ciencia y Práctica en Cirugía Laparoscópica** de José de Vinatea de Cárdenas, Carlos Velásquez Hawkins y Eduardo Huamán Egoávil.

2015

- **Terapéutica Médica** de Alan Bisso y Jorge Candiotti.
- **Testimonio de la Morguen** de Gastón Herrera.
- **Yo Neonato** de Walter Cabrera Candela.
- **Anatomía Humana** de Guillermo Casas Vásquez.
- **Gestión Sanitaria** de Javier Rubén Tovar-Brandán y Javier Rolando Tovar-Brandán.
- **Insuficiencia Cardíaca** de Armando Godoy Palomino.
- **Enfermedad Mineral Ósea (EMO)** de Edwin Castillo Velarde.
- **Propedéutica** de Juan Vega Grados.
- **La enciclopedia: "Historia Peruana de Salud - Academia Peruana de Salud.**

2016

- **Pie Diabético** de Carlos Cruz Garay y Jessica Cruz Ortiz.
- **Uso Racional de Antibióticos** de Ciro Maguiña Vargas.
- **Semiología Médica en Quechua** de Julio Lopera Quiroga.
- **Terapéutica Médica (Edición 17)** de Alan Bisso y Jorge Candiotti.
- **Dos carreras, una meta...en la vida de un médico con cuadriplejía** de Aníbal Del Águila Escobedo.
- **José Cayetano Heredia** de Manuel Purizaca Benítez.
- **Cuaderno de debate: acto médico y día del paciente**
- **Dolor abdominal agudo** de Leopoldo Peña Cabrera, Fernan Repetto, José Pacheco R., Carlos M. Chávez e Irma del Castillo Díaz.
- **Guía de práctica clínica para la atención de casos de hepatitis C** por Martín Padilla, Carla Bustos y Santiago Mestanza.
- **Apuntes de criminología** de Pedro Tafur Navarro.
- **Un médico trashumante** de Luis Antonio Muñoz Muñoz.
- **Muerte materna en la selva** de Cayo Eduardo Levaeu Bartra.

2017

- **Manual de musicoterapia** de Segundo Armas Torres.
- **Manual te enseña a controlar tu diabetes** de Helard Manrique Hurtado.

- **Lección de anatomía. Diez relatos cortos** de Oscar Barraza Ayllon.
- **El taita dios fue testigo** de Emilio Morales Charún.
- **El sistema de salud en el Perú** de Oswaldo Lazo.
- **Maca del alimento perdido de los incas; al milagro de los andes** de Gustavo Gonzales Rengifo.
- **Hematología Clínica** de Norberto Quezada Velásquez.
- **Flebología para el médico clínico** de Juan Chunga Chunga y Juan Chunga Prieto.
- **Tópicos selectos en cardiología para el médico general"** de Jorge Alayo Paredes.
- **Cuentos doctora corazón** de Gloria Paredes Guerra.
- **Salud para todos** de Joseph Sánchez Gavidia.
- **Dr. Juan Byron Markolz, su vida y obra** de Alfonso Montagne Vidal.
- **Memorias de un médico cholaco** de Armando A. Rodríguez Huayanay.
- **Poemarios: Alondras de mimbre, Brisas de otro estío y Cantares del otoño** de Manuel Barrionuevo Altuna.
- **Cáncer el enemigo oculto** de Luis A. Pacora Camargo.
- **Barton (segunda edición)** de Graciela S. y Renato D. Alarcón.
- **Semiología Awajún** de Erland Rodas Díaz.
- **¿Quién fotografió a Daniel A. Carrión García?** de Edgar Morales Landeo.
- **Control y reversión de la Diabetes tipo 2** de Raúl Manrique Maidana.
- **Colegio Médico del Perú. Una visión retrospectiva de sus primeros 50 años de historia** de Ricardo Álvarez Carrasco.

2018

- **Hipólito Unanue y el legado de la familia Landaburu** de Ricardo Iván Álvarez Carrasco.
- **Origen, ritmos y controversias de la música Criolla del Perú y Poemas modernos** de José Antonio Leturia Chumpitazi y Jaime De Casas Puig.
- **La mano de la investigación** de Benjamín Castañeda Castañeda.

2019

- **Manual Síndrome de Insuficiencia Cardíaca en Pediatría, Adultos y Geriátrica** de Jorge Alayo Paredes.

2020

- **Manual de Transfusión Sanguínea para el médico que transfunde** de Miguel Paredes Aspilcueta.
- **Semiología en Quechua** de Julio Lopera Quiroga.
- **Manual de semiología en Awajun** de Erland Rodas Díaz y Edén Galán Rodas.

- **La mano de la investigación** de Benjamín Castañeda Castañeda.
- **Daniel A. Carrión. Estudio histórico, iconográfico y antropológico forense** de Ricardo Álvarez Carrasco.

2021

- **El Médico en el Nuevo Código Procesal Penal - Un Perito Médico en Puno** de Gabriel Antonio Félix Huamán.
- **La Pandemia en el Perú- Acciones e impacto del Covid-19** de Herberth Cuba García.

El FEC y el comité editor de AMP invitan a los médicos y todo el que esté interesado en conocer más de la historia de la medicina del Perú; y convertirse en investigadores de tantas historias de búsqueda, investigación y sacrificio en el interés del bienestar y salud de los pacientes y la sociedad en general. Cada día se escribe una historia y este 2020 y 2021, nos cuentan del heroísmo de médicos y todo el personal de salud para ayudar a los dolientes.



Figura 4. Algunos libros patrocinados por el Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú

ORCID:

Alberto Zolezzi Francis, <https://orcid.org/0000-0003-2128-4308>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Editorial. Acta Med. Per. 1972;1(1):5-6.
2. Zolezzi A, Maguina C y Álvarez-Carrasco R. Resúmenes del Acta Médica Peruana 1972-2017. Lima: Fondo Editorial Comunicacional del CMP; 2018.
3. Frisancho O. Concepción mágico religiosa de la medicina en la América prehispánica. Acta Med. Per. 2012;29(2):121-7.
4. Zavala-Batle A. El protomedicato en el Perú. Acta Med. Per. 2010;27(2):151-7.
5. Pamo O. Los médicos próceres de la independencia del Perú. Acta Med. Per. 2009;26(1):58-66.
6. Salaverry O. El inicio de la educación médica en el Perú. La creación de la Facultad de Medicina de San Fernando. Acta Med. Per. 2006;23(2):122-31.
7. García-Cáceres U. Aspectos de la historia de la medicina del Perú durante la fundación de la escuela de medicina. Cayetano Heredia y su tiempo (1797-1861). Acta Med. Per. 2011;28(2):112-7.
8. Guerra-García R. Homenaje a los médicos y estudiantes de medicina peruanos que participaron en la guerra del Pacífico. Acta Med. Per. 1979;6(2):52.
9. Arias-Schreiber J. Homenaje a los médicos y estudiantes de medicina peruanos que participaron en la guerra del Pacífico. Acta Med. Per. 1979;6(2):53-60.
10. Pesce H. Daniel A. Carrión; el positivismo y su época. Acta Med. Per. 1973;2(3):.
11. Castillo-Narváez F. Apuntes sobre la apoteosis de Daniel Alcides Carrión García. Acta Med. Per. 1984;11(4):101-4.
12. Arias-Schreiber A. Discurso del embajador Alfonso Arias Schreiber con motivo del homenaje a Daniel Alcides Carrión en la Universidad "Rene Descartes" de París, 2 de octubre de 1985. Acta Med. Per. 1985;12(3):90-1.
13. García-Cáceres U. Daniel Alcides Carrión. Acta Med. Per. 2006;23(1):48-51.
14. Álvarez-Carrasco R. Daniel Carrión García en la medallista peruana. Acta Med. Per. 2013;30(1):48-52.
15. Malpartida-Tello B. Reivindicando el verdadero rostro de Daniel A. Carrión. Acta Med. Per. 2014;31(1):42-9.
16. Malpartida-Tello B. Como se expresaron en 1925, Gastañeta y Monge sobre la muerte de Carrión y sobre el informe de la comisión Strong. Acta Med. Per. 2015;32(1):50-9.
17. Delgado-Matallana G. Daniel Alcides Carrión en la cripta de los héroes de la guerra de 1879. Acta Med. Per. 2015;32(2):118-24.
18. Graña-Aramburú J. Daniel Alcides Carrión: Una visión funcional. Acta Med. Per. 2015;32(3):177-83.
19. Malpartida-Tello B. Daniel A. Carrión en la historia. Acta Med. Per. 2015;32(4):251-7.
20. Álvarez-Carrasco R. Daniel Carrión García. Estudio iconográfico y forense. Historia del Medicina. Ricardo Álvarez Carrasco. Acta Med. Per. 2016; 33(4):322-9.
21. Archivo Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú. Relación libros publicados. Actualizado a junio de 2021.

Genetics and its current and future implications in Peruvian medicine

La genética y sus implicancias actuales y futuras en la medicina peruana

María Luisa Fajardo Loo^{1,a}
Hugo H. Abarca-Barriga^{2,a}

luisaclon@yahoo.es
habarca@insn.gob.pe



Presidente Augusto B. Leguía acompañado por altos dignatarios y autoridades durante la inauguración del monumento al general José de San Martín, en la plaza homónima de Lima, 27 de julio de 1921. Foto de Benjamín Valverde, Lima.

- ¹ Servicio de Genética, Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú.
- ² Servicio de Genética & Errores Innatos del Metabolismo, Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima, Perú.
- ^a Médico especialista en genética.

Contribuciones de autoría

Los autores han desarrollado íntegramente la concepción y el diseño del artículo, recolección de información bibliográfica, la redacción del manuscrito y la revisión crítica del artículo. Los autores se hacen responsables de todos los aspectos que integran el manuscrito.

Fuentes de financiamiento

Este trabajo fue autofinanciado por los autores.

Declaración de conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

Autor Corresponsal:

Hugo Hernán Abarca Barriga.

Dirección: Servicio de Genética & EIM, Instituto Nacional de Salud del Niño, Av. Brasil 600, CP Lima 05, Perú.

Teléfono celular: 979 - 301132

Resumen

La genética se ha incorporado en la práctica médica principalmente a mediados del siglo XX, a través de la participación de Víctor Mc Kusick y sus estudios en anomalías congénitas cardíacas, así como la determinación del número de cromosomas en el humano, que realizaron Joe Tijo y Albert Leván, lo cual permitió correlacionar los genotipos de las diferentes aneuploidías y de algunos síndromes de deleciones de genes contiguos. El proyecto genoma humano, completado a inicios del siglo XXI, que se realizó gracias al avance de la biotecnología, y por otro lado el uso de la secuenciación masiva, en este último decenio, ha permitido que se pueda identificar la etiología genética del fenotipo de más de 6 000 condiciones. Además, los estudios de asociación del genoma, que detectan los polimorfismos de un único nucleótido, han explicado el efecto que tienen estos cambios y el riesgo de padecer una enfermedad como la diabetes mellitus, esquizofrenia o la posibilidad de predecir la respuesta ante una medicación (farmacogenómica). Los avances también han permitido que se plantee y sean aprobados tratamientos como la terapia génica, fórmulas especiales, terapia de reemplazo enzimático y trasplante, entre otras,

para el manejo del 5 % de las enfermedades genéticas. Al articular la gran cantidad de datos clínicos y biológicos, por ejemplo el genoma, proteoma y glicoma, se está permitiendo la medicina personalizada no sólo en las enfermedades monogénicas, sino que su uso es cada vez mayor en las de origen poligénico como el cáncer y las enfermedades psiquiátricas. Todas estas buenas prácticas solo se han implementado parcialmente en el Perú, siendo necesario que las gestiones públicas y privadas puedan incorporar esta ciencia para el beneficio de la población, que repercutirá notablemente desde el diagnóstico hasta el tratamiento.

Palabras clave: Genética; historia de la medicina; medicina personalizada; enfermedades raras; Perú.

Abstract

Genetics has been incorporated into medical practice mainly in the middle of the 20th century, through the participation of Víctor Mc Kusick and his studies on congenital cardiac anomalies, as well as the determination of the number of chromosomes in humans, carried out by Joe Tijo and Albert Leván, which made it possible to correlate the genotypes of the different aneuploidies and of some contiguous gene deletion syndromes. The human genome project that was completed at the beginning of the 21st century, which was carried out thanks to the advancement of biotechnology, and on the other hand, the use of massive sequencing, in this last decade, has allowed the genetic etiology of the phenotype to be identified. of more than 6,000 conditions. In addition, genome association studies, which detect single nucleotide polymorphisms, have explained the effect of these changes and the risk of suffering from a disease such as diabetes mellitus, schizophrenia or the possibility of predicting the response to a medication (pharmacogenomics). Advances have also allowed treatments such as gene therapy, special formulas, enzyme replacement therapy, and transplantation to be proposed and approved, among others; for the management of 5% of genetic diseases. By articulating the large amount of clinical and biological data, for example the genome, proteome and glycome, personalized medicine is being allowed not only in monogenic diseases, but its use is increasing in those of polygenic origin such as cancer and psychiatric illnesses. All these good practices have only been partially implemented in Peru, making it necessary for public and private administrations to be able to incorporate this science for the benefit of the population, which will have a significant impact from diagnosis to treatment.

Keywords: Genetic; history of medicine; personalized medicine; rare diseases; Peru.

Introducción

Los conocimientos de la genética ocupan un lugar trascendente en la historia, así como en la actualidad y sobre todo tendrá un aporte decisivo en el futuro de la humanidad, haciendo grandes contribuciones a todas las especialidades de la medicina, ya que como uno de los pilares de la biotecnología (cuarta revolución industrial) ha aportado a la innovación, desarrollo e investigación. Los avances de la genética y la biotecnología tienen gran repercusión en la medicina, la farmacia, la microbiología, la ciencia de los alimentos, la minería y la agricultura, entre otros campos.

Son más de cien años que la genética ha pasado de explicar los misterios de la herencia a la comprensión del funcionamiento de los genes ^[1]. Es así que en 1866 Gregor Mendel establece las leyes de la herencia que explicaban cómo se transmitían los caracteres o rasgos de una generación a otra; sin embargo, transcurrieron más de treinta y cinco años para que la comunidad científica diera crédito a tales experimentos ^[1].

Morgan estudió en la *Drosophila* el principio de las variaciones espontáneas o caracteres nuevos, apareciendo el concepto de "mutación", que además planteó que los genes están localizados en los cromosomas ^[2]. En 1944 Avery descubre la molécula del Ácido Desoxirribonucleico (ADN) y en 1954 James Watson y Francis Crick demostraron la estructura de la doble hélice del ADN ^[3]. En 1960 se determina que el código genético es universal, desde una bacteria hasta el hombre ^[3]. El gen que es un segmento de ADN, contiene las instrucciones indispensables que controlan las funciones metabólicas celulares, y la secuencia codificante (exones) corresponde al 1,1-2 % del genoma ^[3,4].

En 1972 se crea en el laboratorio la primera molécula de ADN recombinante ^[5], que permitió en 1978 la producción de la primera hormona humana sintetizada a partir de la inserción del gen de la insulina en una bacteria clonada y su producción de manera masiva ^[6]. Suceden los experimentos de ingeniería genética, donde la inmunogenética específica crea los interferones y las interleuquinas. Se obtienen los hibridomas que producen anticuerpos monoclonales y policlonales ^[7].

En 1982 se crea el primer ratón transgénico, el cual tenía insertando el gen de la hormona de crecimiento. Pensando en el problema del hambre mundial, en 1984 se crea las primeras plantas transgénicas ^[8]. En 1983, Kary Banks Mullis descubre la reacción en cadena de la polimerasa o PCR (del inglés polymerase chain reaction), lo que permite realizar la replicación de ADN en el laboratorio, con la finalidad de obtener una cantidad suficiente de copias para su respectivo análisis, la cual sirve ahora para las diferentes pruebas de diagnóstico genético ^[9]. En 1995 se empiezan los trabajos de secuenciación de los primeros organismos como el *Haemophilus* ^[10] y *Saccharomyces cerevisiae*.

La genética ha sido parte fundamental de la biotecnología, definida como “toda aplicación tecnológica que utilice sistemas biológicos y organismos vivos o sus derivados para la creación o modificación de productos o procesos para usos específicos”. Una de sus aplicaciones es la relacionada a procesos médicos, denominándose como la biotecnología roja, la cual ha impulsado la producción de antibióticos, desarrollo de vacunas más seguras y nuevos fármacos, diagnósticos moleculares y las terapias regenerativas; por ejemplo, varias de las vacunas aprobadas contra el SARS-Cov2, utilizan la tecnología de la terapia génica [11].

Es oportuno indicar que la genética como especialidad médica se inició en el mundo, con el trabajo de Víctor McKusick en la universidad Johns Hopkins de Baltimore, Estados Unidos de América, quien organizó la primera conferencia sobre anomalías congénitas denominadas *Human Gene Mapping*, hasta la fundación del proyecto HUGO (Human Genome Organization) [12,13]. Es así que en 2003 el Proyecto Genoma Humano y Celera Genomics publican la primera secuenciación completa del genoma humano, el cual costó alrededor de 3 billones de dólares americanos [1,14].

La genética en el Perú

En nuestro país comenzó en 1963 con las reuniones académicas de médicos interesados en la genética médica, entre los que estaban Mario Zubiante (Hospital Obrero de Lima, hoy Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, HNGAI), Eva Klein (Hospital Arzobispo Loayza), Verna Alva (Clínica Psiquiátrica de Día), Teresa Pérez (Hospital Arzobispo Loayza / Universidad Peruana Cayetano Heredia, UPCH) e Isabel Quiroga (UPCH) [15]. Tres años después se formó la Sociedad Peruana de Genética Médica, reconocida por el Colegio Médico del Perú (CMP) [15].

En 1968 se formó en el HNGAI el laboratorio de citogenética a cargo de Teresa Pérez [15]; luego Aníbal Escalante Fortón da inicio al laboratorio de genética en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins; y José Pereda Garay empieza a trabajar con técnicas citogenéticas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) [15].

Sobre la perspectiva educativa, desde 1964 en la UPCH, y posteriormente en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) se inició la enseñanza de genética médica en el pregrado [15]. En el 2000 empezó la segunda especialización de genética médica en la UPCH, que inicialmente duraba dos años, aunque luego se amplió a tres, a partir del 2004, teniendo como sede hospitalaria el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN); de manera simultánea se inició esta formación escolarizada en el HNGAI a través de la UNMSM. Estos avances académicos tardíos no han permitido que la formación de médicos genetistas sea masiva, por lo que su número hasta la fecha es apenas de treinta y dos.

Bajo la dirección de Eva Klein, en el Instituto Nacional de Salud del Niño de Lima (INSN) se logró formar un grupo de profesionales con una alta capacidad para la evaluación pediátrica de pacientes

con enfermedades genéticas, experiencia que se plasmó en el libro Atlas de Dismorfología Pediátrica (2012), el cual fue galardonado con el Premio Hipólito Unanue a la mejor edición científica sobre Ciencias de la Salud de 2013, y reconocido internacionalmente [16,17].

La mayoría de unidades o servicios de genética se encuentran en los hospitales e institutos ubicados en Lima (Tabla 1), donde los exámenes ofrecidos son principalmente estudios citogenéticos convencionales, los cuales se realizan en sangre periférica o médula ósea [18], para detectar principalmente cambios en el ADN que tienen una longitud mayor a 4-10 Mb [19], como las aneuploidías (ejemplo: síndrome Down y síndrome Turner) o alteraciones cromosómicas (ejemplo translocaciones, inversiones y cromosomas en anillo).

Sin embargo, existen cambios en el ADN que son menores a ese rango, como las variantes en el número de copias (conocidas previamente como deleciones o duplicaciones) que son detectadas actualmente mediante técnicas como el análisis cromosómico por micromatrices o CMA (del inglés chromosomal microarray analysis), el cual ha sido implementado desde el 2015 en el INSN.

Esta técnica, por ejemplo, es más eficiente para detectar la etiología de la discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista hasta en el 36,1 % y el 20 % respectivamente [20]. El CMA tiene como base el uso de marcadores polimórficos que detectan consanguinidad no declarada, que se puede observar hasta en el 6,25 % de los pacientes estudiados [20]; sin embargo, existen cambios en el genoma que se conocen como variantes en único nucleótido o SNV (del inglés single nucleotide variant) que la técnica de CMA no puede detectar, por lo que para determinar estos cambios se usa actualmente la secuenciación masiva, la cual busca estas variantes (conocidas previamente como mutaciones) en muchos o todos los genes.

Es así que en el Perú se ha implementado el estudio de paneles (a través de la secuenciación masiva), que es el examen de un grupo de genes que provocan enfermedades genéticas que tienen características comunes, como por ejemplo el panel para falla medular en el Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja (INSN-SB) o el panel para síndromes de cáncer hereditario implementado en el INEN [21].

No obstante, estas técnicas estudian un número restringido de genes. Es así que la secuenciación de exoma clínico, que analiza aproximadamente 6 000 genes, busca cambios en los exones en aquellos genes que a la fecha se ha podido determinar que provocan una enfermedad [22,23]. Se estima que el número de genes que poseemos los seres humanos oscila entre 19 000 y 21 000 [24], la secuenciación de exoma completo evaluará todos los genes, por lo tanto, tiene una utilidad clínica y de investigación, ya que analizará aquella información genética que no se ha relacionado a una enfermedad, la cual ha permitido establecer según OMIM más de 6 000 genes relacionados a una enfermedad con una fuerte base genética (Figura 1a) [22,23]. Esta prueba ha sido implementada en el INSN-Breña desde el 2021, permitiendo identificar la etiología de condiciones que se manifiestan como anomalías congénitas, trastornos del

Servicios de genética en instituciones públicas en el Perú													
Institución Pública	Consultorio de genética	Citogenética convencional						Citogenética molecular*	Citogenética molecular	PCR/ Electroforesis	MLPA	Secuenciación Sanger	Secuenciación masiva
		Sangre periférica	Fibroblastos	Líquido amniótico	Tumores	Médula Ósea							
Instituto Nacional de Salud del Niño Breaña	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-	-	Exoma total	
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas	+	+	-	+	+	-	-	+	+	-	+	Panel+	
Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja	+	+	-	-	+	+	-	-	+	+	-	Panel#	
Instituto Nacional Materno-Perinatal	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	
Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen	+	+	+	+	+	-	-	+	+	-	-	-	
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	
Hospital Nacional Dos de Mayo	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Tabla 1. Fuente: Extraído y modificado de Poterico et al. 2017, el cual ha sido actualizado. * Análisis cromosómico por micromatrices, + Panel para síndrome hereditario asociado a cáncer. # Un panel para cardiopatías congénitas y otro para fallas medulares. | Detección de variantes puntuales, fusión génica, expansión de trinucleótidos, presencia génica o cromosómica.

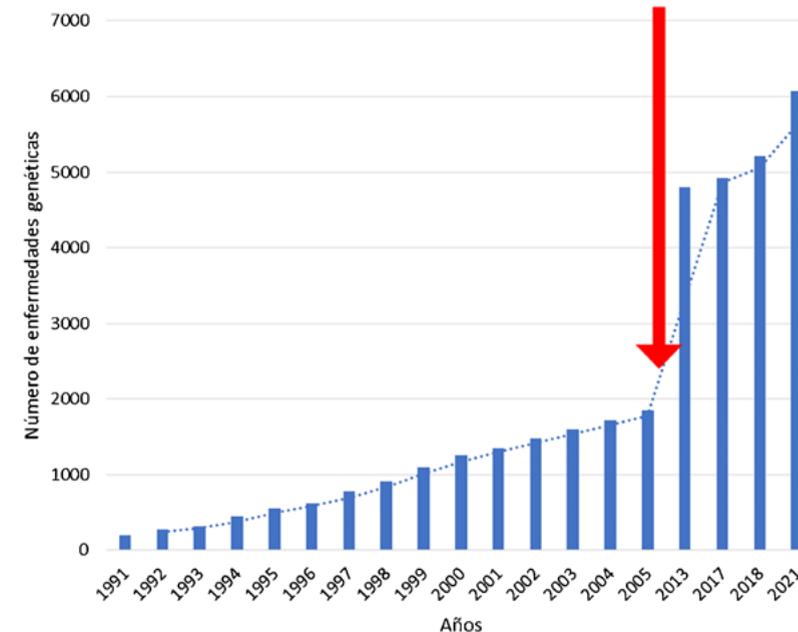


Figura 1a. Descubrimiento de los genes asociados a enfermedades genéticas, principalmente monogénicas, donde se observa un crecimiento importante en la segunda década del presente siglo.

Fuente: Datos extraídos de www.omim.org

neurodesarrollo, inmunodeficiencias primarias, talla baja, epilepsia entre otras; las cuales son parte de las manifestaciones clínicas de las enfermedades raras genéticas, por lo que el público beneficiario de estas nuevas tecnologías sería en nuestro país alrededor de dos millones de peruanos.

La prueba de secuenciación de exoma se ha convertido desde el 2019 en la primera prueba de elección en los trastornos del neurodesarrollo ^[19], sin embargo, todas estas técnicas de secuenciación (paneles o exomas) no exploran los intrones, por lo que la secuenciación del genoma completo o WGS (del inglés whole genomic sequencing), juega un papel importante en el manejo de las diferentes enfermedades. Tal es así, que se plantea el uso de WGS en cáncer, el cual no sólo sirve para comprender la fisiopatología, sino también para identificar biomarcadores que sirvan para un tratamiento específico ^[25]. Además, la WGS se está utilizando para secuenciar el genoma del *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) con la finalidad de diagnóstico, detección de resistencia a drogas y tipificación ^[26].

En el contexto de la pandemia de la Covid-19, la WGS puede detectar las variantes que se van generando en el genoma del SARS-CoV2, usualmente aleatoria, que provocan cambios en su

fenotipo, como por ejemplo mayor/menor capacidad infecciosa; o para rastrear el origen zoonótico [27,28]. La genética clínica permite encontrar las variantes en un solo nucleótido (SNV) y las variantes en múltiples nucleótidos o MNV (del inglés multiple nucleotide variants) de diferentes manifestaciones clínicas como los trastornos del neurodesarrollo, epilepsias síndromicas o aisladas, anomalías congénitas, parálisis cerebral infantil, talla baja o algunos síndromes de predisposición al cáncer como los genes *BRCA1* y *BRCA2* [29].

La tecnología de la WGS se ha utilizado en el Instituto Nacional de Salud (INS) para identificar el genoma de la población peruana, determinando que las nativas poseen entre un 60-70 % de genes "nativos", incluso en algunos lugares sobrepasa el 80 %, donde se observó que la mayoría de las variantes polimórficas en único nucleótido SNP (del inglés *single nucleotide polymorphism*) encontrados son sin sentido [21]. Esto ha demostrado que la ascendencia peruana es nativa y es mayor que otras poblaciones como la mexicana [21]. Sin embargo, es importante realizar estudios genómicos adicionales que permitirán comprender estos nuevos SNP, lo cual facilitará determinar qué cambios son los más frecuentes en nuestra población y el efecto que tienen en la protección o riesgo de padecer una enfermedad [21].

Con relación a las enfermedades de presentación clínica frecuente, como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, caries o cáncer, en las que existe un componente medio ambiental y múltiples genes (poligénica), se reconoció mediante el análisis de ligamiento genético cuales son los genes que intervienen en ellas, sin embargo, es un trabajo muy laborioso y de largo tiempo [3]. Los cambios que se buscan son SNP y algunas CNVs polimórficas [30,31].

Los polimorfismos están definidos como aquellos cambios genéticos que se observan en la población en general con una frecuencia mayor al 1 %, pero que no está directamente relacionada a un estado de salud/enfermedad [32] (Figura 1b). Los SNP fueron mejor identificados cuando se utilizó técnicas genómicas, como el estudio de asociación del genoma o GWAS (del inglés genome wide association), reconociendo por ejemplo diferentes SNP relacionados con la susceptibilidad de desarrollar diabetes mellitus, enfermedades autoinmunes y esquizofrenia o cuando se ha encontrado más de 1 000 loci están relacionados a la inteligencia [9,33]. En ese sentido, en la población Inuit, en las regiones árticas, un SNP en el gen *TBC1D4* incrementa el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2 hasta en diez veces, donde la característica es una resistencia a la insulina a nivel muscular; por lo que el tratamiento en este grupo de pacientes sería un sensibilizador de insulina [34]. En la población mexicana se ha encontrado variantes polimórficas (SNPs), en el gen *HNF1A*, el cual incrementa el riesgo en cinco veces, pero que sin embargo responden adecuadamente al uso de sulfonilúreas [21]. Sin embargo, actualmente se está buscando estos SNP mediante la técnica de la secuenciación masiva, la que tiene una mayor posibilidad de encontrar nuevos polimorfismos y relacionarlos algún rasgo o a una enfermedad [35].

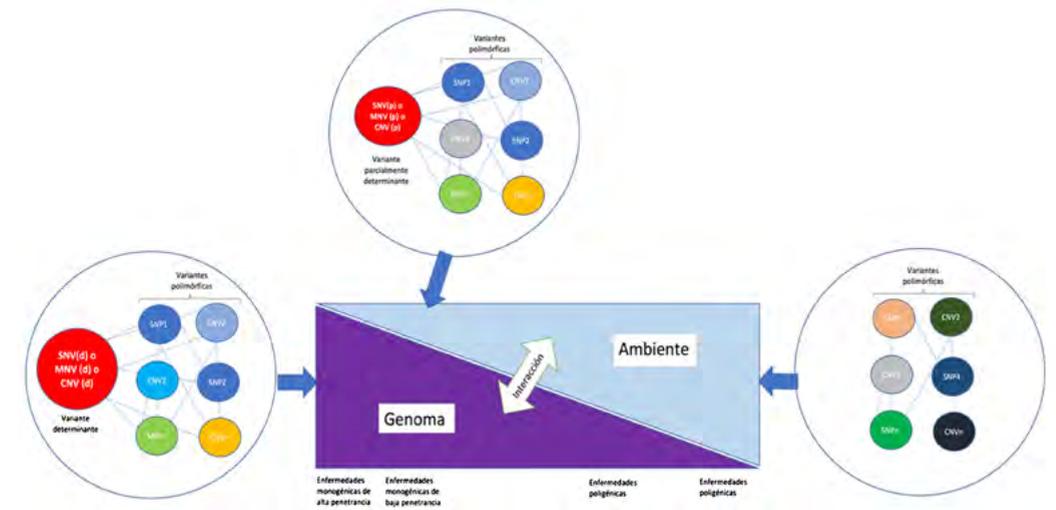


Figura 1b. Interacción medio ambiente-genoma. En el extremo de la derecha, los cambios en una localización específica del genoma son lo suficientemente importantes para provocar una enfermedad (rojo); sin embargo, el ambiente modificaría en una proporción casi deleznable sobre el fenotipo final. No obstante, con relación a la severidad del fenotipo será influenciado por la interacción de otras variantes polimórficas. En el extremo de la izquierda, el ambiente es el principal actor, el cual junto a la combinación e interacción de las diferentes variantes polimórficas podrían influir pobremente en un fenotipo o una consecuencia de este. En la parte central, los factores genéticos son más determinantes para la aparición de un fenotipo determinado, pero que está en una igual proporción de determinación que el medio ambiente. SNV= variante en un único nucleótido, CNV= variante en el número de copias, MNV= variante en múltiples nucleótidos, SNP= variantes únicas polimórficas, (d)= determinante, (p)= parcialmente determinante. Fuente: Elaboración de los autores.

Un campo de la genética que necesita un mayor impulso en el Perú es la xenogenómica, que definimos como la interrelación entre una o más variantes genéticas relacionadas en el metabolismo de todas las sustancias que no producimos de manera directa, llámese nutrientes, fármacos, tóxicos, productos de microorganismos (simbióticos o patógenos), provocando según la circunstancia, una respuesta favorable o desfavorable inmediata o mediata, o en todo caso los cambios que estarían produciendo a corto, mediano o largo plazo estos xenobióticos o xenomoléculas en la expresión de regiones específicas del genoma, transcrito o proteoma, los cuales a su vez estarían modificando el comportamiento hacia la prevención o aparición de alguna enfermedad (Figura 2).

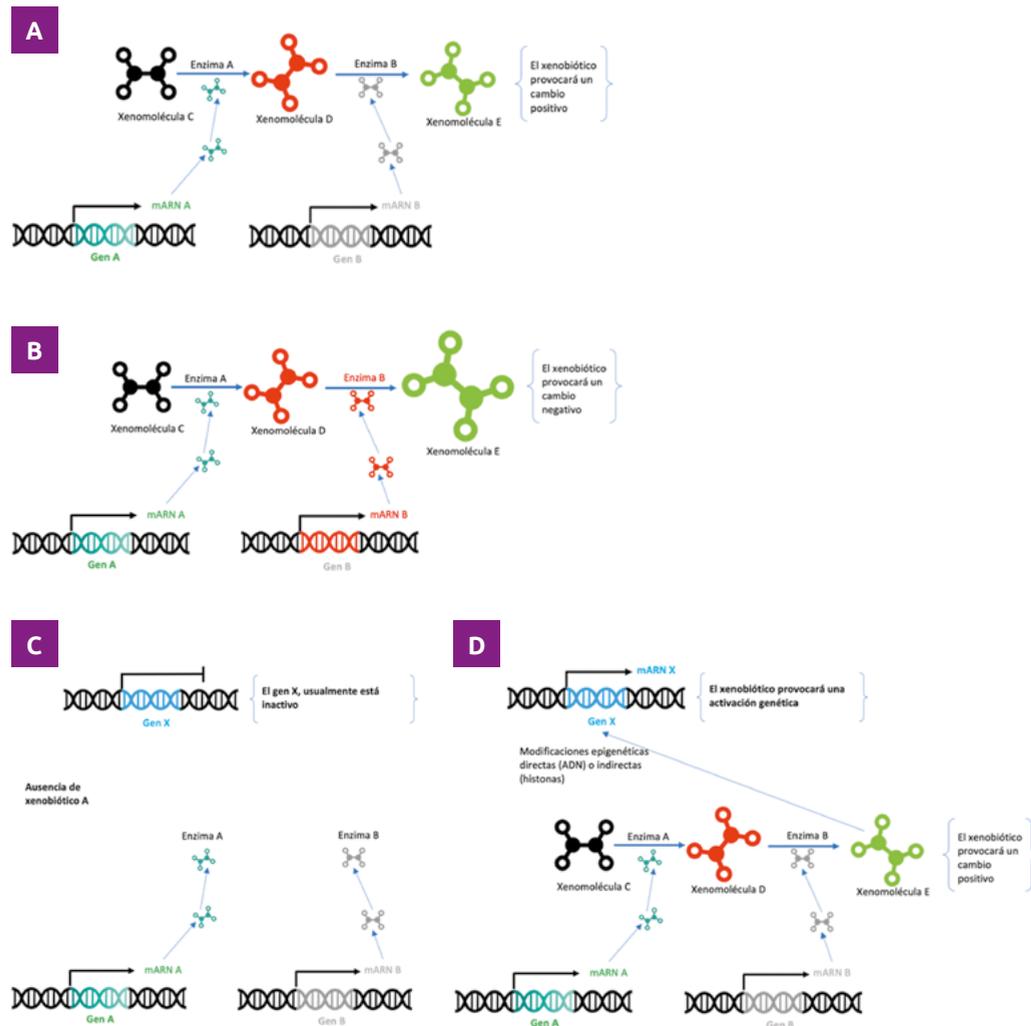


Figura 2. Xenogenómica. **A.** Las enzimas A y B tienen una codificación adecuada e intervienen en el metabolismo de la "xenomolécula C" provocando una respuesta favorable. **B.** El cambio en la codificación del gen B provocaría que la producción de la xenomolécula C sea mayor, observándose una respuesta desfavorable. **C.** Ausencia de xenobiótico, donde se observa que el "gen X" está inactivo en condiciones normales. **D.** La presencia de un xenomolécula C y su adecuado metabolismo hasta la xenomolécula E provocaría una respuesta favorable del organismo; sin embargo, promovería una activación del "gen X" que en circunstancia normales está silenciado. Esta activación se produce a través de cambios epigenéticos directos en el ADN o de las histonas, lo que a corto, mediano o largo plazo cambiarán el fenotipo del organismo, pudiendo ser favorable o desfavorable. mARN= ARN mensajero. Fuente: Elaboración de los autores.

Dentro del nuevo concepto de xenogenómica está incorporada la farmacogenómica, que busca aquellos cambios en algunos genes relacionados al metabolismo de medicamentos, los que podrían provocar una respuesta favorable o desfavorable, como por ejemplo en algunos casos de hipertensión arterial se tiene un SNP (rs13333226) en el gen UMOD, en estos pacientes el fármaco de primera línea es la furosemida [36]. Con relación al cáncer, existe una plataforma en la red de la Universidad de Texas, EUA, que es de utilidad para los clínicos e investigadores, que servirá como soporte científico y racional para la valoración de las terapéuticas específicas [37].

Es así como aparece el concepto de la medicina personalizada, cuyo objetivo es optimizar la prevención, diagnóstico y tratamiento, basada en comprender la información de las mediciones clínicas tradicionales y los datos de las variantes en el ADN (genoma), expresión de genes (RNA o transcriptoma), proteínas (proteoma), metabolitos (metaboloma), metilación (epigenoma) y la composición microbiana (microbioma), toda esta información puede proveer una seguridad incrementada en determinar el riesgo de la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y respuesta a los medicamentos [3].

Nos hallamos en la era de la robótica, donde la nanotecnología con los biochips que se utilizan para obtener información genética masiva en medicina, para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades tumorales, medir resistencia de virus u otros patógenos o calcular el riesgo de un individuo a desarrollar una enfermedad como Alzheimer, hipertensión arterial y el cáncer.

Además, la genética médica nos ayuda a determinar la etiología de condiciones que muchas veces son clasificadas como idiopáticas, como por ejemplo la muerte súbita en jóvenes, que muy probable se trate de una enfermedad genética no detectada y que no presentó síntomas. En un estudio donde se realizó la secuenciación de exoma en treinta y cuatro jóvenes fallecidos súbitamente, se hallaron variantes en genes asociados a canalopatías [38].

Otro aspecto trascendente de la actual genética médica es la existencia de terapias para patologías genéticas aprobadas por la FDA (Food and Drugs Administration) y la EMA (European Medicine Agency), como aquellas basadas en los virus para la hiperlipoproteinemia familiar (MIM #238600), inmunodeficiencia combinada severa (MIM #102700), betatalasemia (MIM #613985), amaurosis congénita Leber (MIM #204100), retinitis pigmentosa 20 (MIM #613794), atrofia muscular espinal o AME (MIM #253300).

También se ha aprobado la terapia génica basada en oligonucleótidos cortos para la distrofia muscular Duchenne (MIM #310200), AME, amiloidosis hereditaria (MIM #105210), e hipercolesterolemia familiar. Otro grupo de enfermedades son los errores innatos del metabolismo, que se pueden tratar utilizando la terapia nutricional mediante la restricción de nutrientes, suplemento nutricional, eliminación o bloqueo de la síntesis de metabolitos tóxicos, los cuales se ha visto que podrían evitar la aparición de discapacidad intelectual en al menos 81 enfermedades [39].

Además, dentro de las estrategias terapéuticas que cambian la historia de estas enfermedades, está el trasplante de células hematopoyéticas en enfermedades como algunas inmunodeficiencias primarias congénitas, y enfermedades de depósito lisosomal, entre otras. Otro grupo de terapias que existen en el mercado desde hace más de veinte años son el reemplazo enzimático, utilizado en ciertas enfermedades de depósito lisosomal y la deficiencia de adenosina desaminasa, el uso de chaperonas, terapias de reducción de sustrato, inhibidores monoclonales, o incluso la utilización de fármacos de uso frecuente en la práctica médica, como el de bifosfonatos y corticosteroides.

El espacio de un artículo es insuficiente para mencionar todas las terapias que existen para diversas enfermedades genéticas, que no sólo sirven como paliativo, sino que cambian la historia natural. Es lógico pensar que otras condiciones más complejas como las aneuploidías, podrían ser manejadas de una manera más eficiente, utilizando la combinación de diferentes estrategias, como la edición génica (CRISPR-Cas9) en la terapia cromosómica, con la finalidad de disminuir la expresión patológica de genes en la trisomía 21 [39].

El costo de las pruebas genéticas, en especial de la secuenciación del genoma de un individuo a principio del siglo XXI, era alrededor de 100 millones de dólares americanos; pero gracias a la bioinformática y al mejoramiento con la nanotecnología actualmente se estima en 1000 dólares americanos [34].

Es importante tener presente dos aspectos, el primero relacionado al diagnóstico oportuno de las enfermedades genéticas, ya que muchas de ellas al tener tratamientos personalizados tienen efectos positivos cuando el inicio es precoz y oportuno. Entonces, es importante reconocer que el diagnóstico está basado principalmente en el uso de las nuevas tecnologías, muchas de las cuales no están disponibles en nuestro medio, lo que ocasiona un encarecimiento de los servicios de salud e insatisfacción ciudadana; además tales servicios no se encuentran disponibles de manera homogénea en nuestro territorio. Por ejemplo, no se cuenta con tecnologías como la espectrometría de masas en tándem o la cromatografía de alta eficiencia para el diagnóstico de los errores innatos metabólicos (EIM), que son potencialmente tratables y cuyo diagnóstico suele ser muy tardío en muchos casos [40].

Existe una brecha en el desarrollo y la implementación de las nuevas tecnologías para el diagnóstico y tratamiento (Figura 3), lo cual provoca una atención incompleta, ya sea por la carencia de la identificación etiológica, el encarecimiento de los servicios de salud y/o una pobre producción científica en este campo.

El segundo aspecto es que las nuevas tecnologías y terapias utilizadas desde hace mucho tiempo en el mundo, no están disponibles en el país, principalmente por la apatía de los gestores de salud hacia la industria farmacéutica, provocando que no exista una decisión de estas empresas para ofrecer sus productos en nuestro territorio.

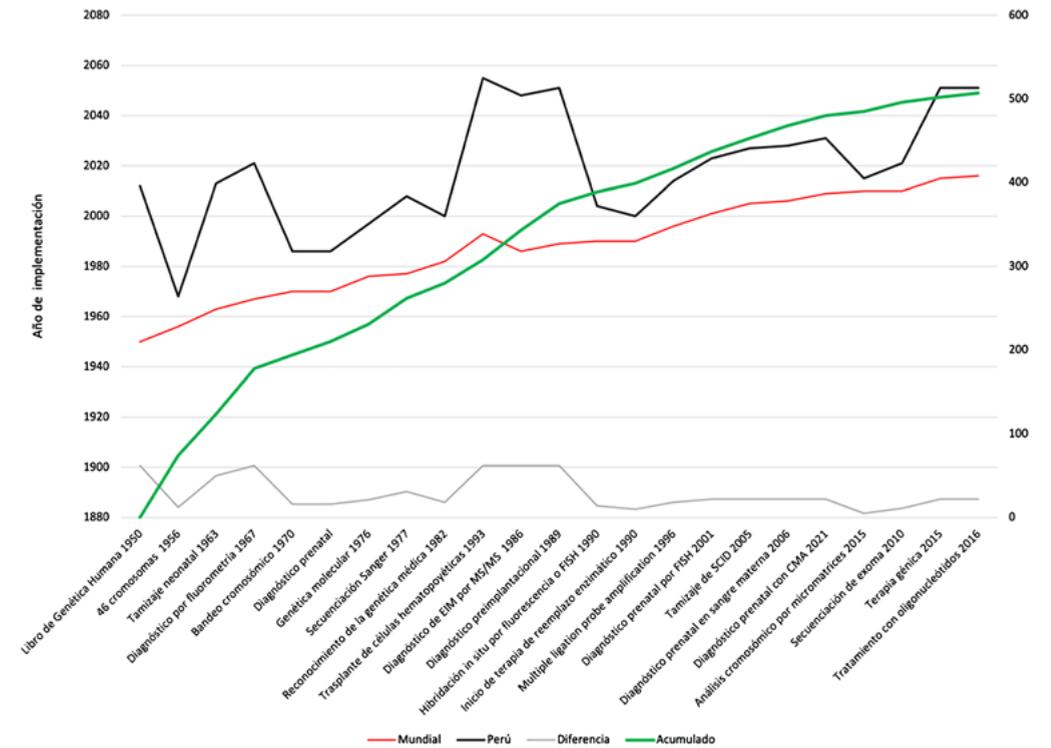


Figura 3. Desarrollo de la genética médica en el mundo y el Perú. La línea negra y roja indica el año de la implementación a nivel mundial y del Perú, respectivamente. La línea plomo es la diferencia en años absolutos que existe entre los diferentes hitos de desarrollo de la genética médica en el mundo y el Perú. Para aquellos hitos que todavía no se han realizado en nuestro país se calculó el promedio en años; y si la diferencia fuera mayor a este promedio, se utilizó el supuesto del valor máximo (62), y si fuera menor al promedio se agregó este valor para estimar la probable fecha que podría estar disponible en Perú. En líneas de color verde se aprecia el acumulado en años, observándose que las brechas de buenas prácticas de diagnóstico y tratamiento se van haciendo una constante. Fuente: Elaboración de los autores.

Conclusiones

El avance de la ómica (genómica, proteómica, metabolómica, transcriptoma) nos está permitiendo tener más acceso a información sobre las bases intrínsecas y sus respectivos algoritmos que permiten la vida. Esto, por lo tanto, nos está mostrando que se pueden explicar cuadros o eventos clínicos que se observan en la práctica diaria, y más aún poder ofrecer con mayor precisión un plan terapéutico y preventivo que disminuya las complicaciones y alarga la historia natural de las enfermedades, con la finalidad de convertir esta ciencia en una medicina de precisión.

Por tanto, el conocer con más detalle nuestro genoma ayudará a que los pacientes se puedan agrupar de una manera más homogénea, haciendo que las formas de seguimiento sean más exactas, y la utilización de medicamentos para la prevención y el tratamiento con drogas diseñadas específicamente para el mal funcionamiento de los genes alterados.

ORCID

María Luisa Fajardo Loo, <https://orcid.org/0000-0001-6165-7936>

Hugo H. Abarca-Barriga, <https://orcid.org/0000-0002-0276-2557>

Referencias bibliográficas

- Thompson & Thompson. *Genética en Medicina* [Internet]. 8^o ed. [Consultado: 19 may 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/thompson-and-thompson-genetica-en-medicina/nussbaum/978-84-458-2642-3>
- Morgan TH. The Theory of the Gene. *Am Nat.* 1917; 51(609): 513-44.
- Pyeritz RE, Korf B, Wayne Grody. *Emery and Rimoin's Principles and Practice of Medical Genetics and Genomics: Foundations* [Internet]. 7^o ed. Academic Press; 2019. p. 572. [Consultado: 30 mar 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/C2016-0-03279-5>
- Venter JC, Adams MD, Myers EW, Li PW, Mural RJ, Sutton GG, et al. The Sequence of the Human Genome. *Science.* 2001; 291(5507):1304-51.
- Bera RK. The story of the Cohen-Boyer patents. *Curr Sci.* 2009; 96(6):760-3.
- Villa-Komaroff L, Efstratiadis A, Broome S, Lomedico P, Tizard R, Naber SP, et al. A bacterial clone synthesizing proinsulin. *Proc Natl Acad Sci.* 1978; 75(8):3727-31.
- Mauriz JL, Ordoñez R, Prieto-Domínguez N, González J. La Biotecnología en la salud humana: el hito de los anticuerpos monoclonales. *Ambiociencias.* 2014; 12:2147-8942.
- Palmiter RD, Brinster RL, Hammer RE, Trumbauer ME, Rosenfeld MG, Birnberg NC, et al. Dramatic growth of mice that develop from eggs microinjected with metallothionein-growth hormone fusion genes. *Nature.* 1982; 300(5893):611-5.
- Mullis KB. The Unusual Origin of the Polymerase Chain Reaction. *Sci Am.* 1990; 262(4):56-65.
- Fleischmann RD, Adams MD, White O, Clayton RA, Kirkness EF, Kerlavage AR, et al. Whole-genome random sequencing and assembly of *Haemophilus influenzae* Rd. *Science.* 1995; 269(5223):496-512.
- Nakagami H. Development of COVID-19 vaccines utilizing gene therapy technology. *Int Immunol.* 27 mar 2021; Advance Access publication. 1-7. doi:10.1093/intimm/dxab013
- Kazazian HH. Remembering Victor McKusick. *Genomics.* 2008; 92(4):185-6.
- Romeo G. Victor McKusick, 1921-2008: the founder of medical genetics as we know it. *Eur J Hum Genet.* 2008; 16(10):1161-3.
- The Cost of Sequencing a Human Genome [Internet]. Genome.gov. [Consultado: 19 may 2021]. Disponible en: <https://www.genome.gov/about-genomics/fact-sheets/Sequencing-Human-Genome-cost>
- Salaverry O, Delgado Matallana G. *Historia de la Medicina Peruana en el Siglo XX. Volumen I.* Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2000. p. 419-423.
- Klein E, Gallardo B, Chávez M, Abarca-Barriga H. Atlas de dismorfología pediátrica. 1o ed. Lima: Fondo Editorial del INSN; 2012.
- Gutiérrez M. Atlas de Dismorfología Pediátrica. *Arch Argent Pediatría.* 2013; 111(5):461-2.
- Poterico JA, Purizaca-Rossillo N, Taype-Rondan A. Genética y genómica médica en el Perú. *Acta Médica Peru.* 2017; 34(2):152-3.
- Abarca-Barriga HH. Avances genómicos de la última década y su influencia en el enfoque diagnóstico de la discapacidad intelectual. *Rev Neuropsiquiatr.* 2021; 84(1):33-50.
- Abarca Barriga HH, Vásquez Sotomayor F, Trubnykova M, Chavesta Velásquez F, Chávez Pastor MA, Gallardo Jugo BE, et al. Variantes en el número de copias en trastornos del neurodesarrollo, síndrome malformativo y talla baja en Perú. *Acta Médica Peru.* 2020; 37(2):145-55.
- Guio H, Poterico JA, Levano KS, Cornejo-Olivas M, Mazzetti P, Manassero-Morales G, et al. Genetics and genomics in Peru: Clinical and research perspective. *Mol Genet Genomic Med.* 2018; 6(6):873-86.
- OMIM - Online Mendelian Inheritance in Man [Internet]. [Consultado: 15 may 2016]. Disponible en: <http://www.omim.org/>
- Warr A, Robert C, Hume D, Archibald A, Deeb N, Watson M. Exome Sequencing: Current and Future Perspectives. *G3 Genes Genomes Genet.* 2015; 5(8):1543-50.
- Salzberg SL. Open questions: How many genes do we have? *BMC Biol* [Internet]. 2018 [Consultado: 23 Feb 2021]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6100717/>
- Zhao EY, Jones M, Jones SJM. Whole-Genome Sequencing in Cancer. *Cold Spring Harb Perspect Med.* 2019; 9(3).
- Satta G, Lipman M, Smith G, Arnold C, Kom O, McHugh T. *Mycobacterium tuberculosis* and whole-genome sequencing: how close are we to unleashing its full potential? *Clin Microbiol Infect Off Publ Eur Soc Clin Microbiol Infect Dis* [Internet]. 2018; 24(6):604-9 [Consultado: 5 may 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29108952/>
- Nakagawa S, Miyazawa T. Genome evolution of SARS-CoV-2 and its virological characteristics. *Inflamm Regen* [Internet]. 2020; 40 [Consultado: 11 may 2021]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7415347/>. doi: <https://doi.org/10.1186/s41232-020-00126-7>
- Sallard E, Halloy J, Casane D, Decroly E, van Helden J. Tracing the origins of SARS-COV-2 in coronavirus phylogenies: a review. *Environ Chem Lett.* 2021;1-17. doi: 10.1007/s10311-020-01151-1.
- Abarca Barriga HH, Trubnykova M, Chávez Pastor M, La Serna J, Poterico JA. Factores de riesgo en las enfermedades genéticas. *Acta Médica Peruana.* 2018; 35(1):43-50.
- Ellegren H, Galtier N. Determinants of genetic diversity. *Nat Rev Genet.* 2016; 17(7):422-33.
- Conrad DF, Pinto D, Redon R, Feuk L, Gokcumen O, Zhang Y, et al. Origins and functional impact of copy number variation in the human genome. *Nature.* 2010; 464(7289):704-12.
- Chen X, Sullivan PF. Single nucleotide polymorphism genotyping: biochemistry, protocol, cost and throughput. *Pharmacogenomics J.* 2003; 3(2):77-96.
- Visscher PM, Wray NR, Zhang Q, Sklar P, McCarthy MI, Brown MA, et al. 10 Years of GWAS Discovery: Biology, Function, and Translation. *Am J Hum Genet.* 2017;101(1):5-22. doi: 10.1016/j.ajhg.2017.06.005.
- Moltke I, Grarup N, Jørgensen ME, Bjerregaard P, Treebak JT, Fumagalli M, et al. A common Greenlandic TBC1D4 variant confers muscle insulin resistance and type 2 diabetes. *Nature.* 2014; 512(7513):190-3.
- Zhu H, Zhou X. Statistical methods for SNP heritability estimation and partition: A review. *Comput Struct Biotechnol J.* 2020; 18:1557-68. doi: <https://doi.org/10.1016/j.csbj.2020.06.011>
- Padmanabhan S, Melander O, Johnson T, Di Blasio AM, Lee WK, Gentilini D, et al. Genome-Wide Association Study of Blood Pressure Extremes Identifies Variant near UMOD Associated with Hypertension. *PLoS Genet* [Internet]. 2010; 6(10):e1001177 [Consultado: 19 feb 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2965757/>. doi: 10.1371/journal.pgen.1001177.
- Kurnit KC, Bailey AM, Zeng J, Johnson AM, Shufean MA, Brusco L, et al. "Personalized Cancer Therapy": A Publicly Available Precision Oncology Resource. *Cancer Res.* 2017; 77(21):e123-6. doi: 10.1158/0008-5472.CAN-17-0341.
- Neubauer J, Lecca MR, Russo G, Bartsch C, Medeiros-Domingo A, Berger W, et al. Exome analysis in 34 sudden unexplained death (SUD) victims mainly identified variants in channelopathy-associated genes. *Int J Legal Med.* 2018; 132:1057-65. doi: <https://doi.org/10.1007/s00414-018-1775-y>
- Abarca Barriga HH, Trubnykova M, Mujica M del CC. Tratamiento de las enfermedades genéticas: Presente y futuro. *Rev Fac Med Humana* [Internet]. el 23 de febrero de 2021 [citado el 8 de mayo de 2021];21(2). Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/3626>
- Abarca-Barriga HH, Rodríguez RS. Ampliación del tamizaje de errores innatos del metabolismo en Perú: reporte de caso con trastorno del metabolismo de cobalamina. *Acta Méd Peru.* 2020; 37(1):78-83 doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.880>



Primera plana del diario El Comercio de Lima, conmemorando el primer centenario de la independencia nacional, 28 de julio de 1921.

Biomedical Informatics and its Application in Peruvian Medicine

La Informática Biomédica y su aplicación en la Medicina Peruana

Walter H. Curioso ^{1,2,3,a}

Elizabeth Espinoza-Portilla ^{2,4,5,b}

waltercurioso@gmail.com

espinoza.portilla@gmail.com

- ¹ Comité de Expertos en Salud Digital, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza;
- ² Comité de Tecnología de la Información y Comunicación en Salud, Colegio Médico del Perú, Lima, Perú;
- ³ Universidad Continental, Lima, Perú;
- ⁴ Universidad ESAN, Lima, Perú;
- ⁵ Conecta Salud, Lima, Perú.
- ^a Médico Cirujano, Máster en Salud Pública, Doctor en Informática Biomédica
- ^b Médico Cirujano, Magister en Demografía y Población, Máster en Estudios de Políticas Aplicadas, Doctora en Gobierno y Política Pública

Contribuciones de autoría:

Walter H. Curioso y Elizabeth Espinoza-Portilla han participado en la concepción y diseño del capítulo, recolección de información bibliográfica, redacción del manuscrito y revisión crítica del capítulo. Todos los autores aprobaron la versión final del capítulo. Todos los autores se hacen responsables de los aspectos que integran el manuscrito.

Fuentes de financiamiento:

Este trabajo fue autofinanciado por los autores.

Declaración de conflictos de interés:

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

Autor corresponsal:

Walter H. Curioso.

Dirección: Calle Españolito 195, San Borja, Lima, Perú.

Teléfono celular: 999 - 633079.

Resumen

La Informática Biomédica es una disciplina científica interdisciplinaria que trata sobre la información biomédica, los datos y el conocimiento, su almacenamiento, recuperación, y uso óptimo para la resolución de problemas y toma de decisiones. El objetivo de este artículo es describir el rol de la informática biomédica aplicada al campo de la medicina, incluyendo la discusión, los desafíos de la informática biomédica en el contexto del marco conceptual de los sistemas de información; y destacar las principales herramientas de la salud digital aplicadas a la medicina y en el contexto del COVID-19. Además, se describen aplicaciones seleccionadas en informática biomédica como: las historias clínicas electrónicas, la telesalud y telemedicina, la salud móvil y las redes sociales en medicina. La informática biomédica ofrece una amplia gama de tecnologías necesarias para el soporte de los sistemas de salud, y facilita el logro de los objetivos nacionales y globales de salud. Necesitamos formar a profesionales en programas de capacitación a nivel de pre y de posgrado (diplomados, maestrías y doctorados) en especialidades vinculadas a la informática biomédica, salud digital, ciencia de datos, telesalud, entre otras. Para evaluar los resultados y el impacto de la salud

digital es imprescindible impulsar con mayor fuerza la implementación de sistemas de información de salud, como las historias clínicas electrónicas y la telesalud para mejorar la calidad de vida de las poblaciones, que deben estar enmarcados dentro de la visión integradora de las políticas de salud digital.

Palabras clave: Informática biomédica; telesalud; historias clínicas electrónicas; redes sociales; educación; Perú.

Abstract

Biomedical informatics is an interdisciplinary scientific discipline dealing with biomedical information, data, and knowledge - their storage, retrieval, and optimal use for problem solving and decision-making. The objective of this article is to describe the role of biomedical informatics applied to the field of medicine, including the discussion of the challenges of biomedical informatics in the context of the conceptual framework of information systems and highlights the main tools of the digital health applied to medicine and in the context of COVID-19. In addition, selected applications in biomedical informatics are described, such as: electronic medical records, telehealth and telemedicine, mobile health and social networks in medicine. Biomedical informatics offers a wide range of technologies necessary for the support of health systems and facilitates the achievement of national and global health objectives. We need to train professionals in training programs at the undergraduate and graduate levels (diplomas, masters and doctorates) in specialties related to biomedical informatics, digital health, data science, telehealth, among others. To evaluate the results and impact of digital health, it is essential to promote with greater force the implementation of health information systems, such as electronic medical records and telehealth to improve the quality of life of populations, and they have to be framed within of the integrative vision of digital health policies.

Key words: Biomedical informatics; telehealth; electronic medical records; social media; education; Peru.

En este artículo abordamos el término “biomédica” de manera amplia para referirnos a la investigación, educación, y los servicios en las ciencias básicas y aplicadas relacionadas a la salud, al campo clínico, y a la gestión de los servicios de salud. Algunos ejemplos de aplicaciones en informática biomédica incluyen: aplicaciones relacionadas a la telemedicina, historias clínicas electrónicas, sistemas de soporte para la toma de decisiones, entre otros.

Es importante resaltar que las tecnologías de información y comunicación (TIC) aplicadas a la salud son herramientas de las que disponen los médicos y el personal sanitario para mejorar la calidad de atención al paciente y favorecen la eficiencia y productividad de los servicios de salud [2].

Las diversas aplicaciones de la informática biomédica pueden tener un profundo efecto a nivel del individuo, de la población y de la sociedad y constituirse en un instrumento poderoso para mejorar la prevención y promoción de la salud pública. Además, necesitamos información oportuna, eficiente y confiable para una óptima toma de decisiones por parte de los gestores y para mejorar los procesos en las organizaciones relacionadas a la salud [2].

Un término que se utiliza con mucha frecuencia en la actualidad y que está muy relacionado a la informática biomédica es la salud digital y es el resultado de la incorporación de las TIC a los sistemas y servicios de salud [3], y que hoy en día el mundo experimenta procesos de transformación digital en salud, incluyendo áreas emergentes de desarrollo e innovación tecnológica, como la robótica, la realidad virtual, la inteligencia artificial, los volúmenes masivos de datos (conocidos como “big data”), etc. Según el Ministerio de Salud, la salud digital es: “el conjunto de acciones y actividades que tienen por finalidad mejorar la salud de la población y los servicios asistenciales y administrativos mediante las tecnologías digitales (a través de teléfonos móviles, tabletas y ordenadores, entre otros)” [4].

La salud digital promueve la participación del ciudadano en el cuidado de su salud utilizando diversas tecnologías, como la Internet, las redes sociales y otras herramientas. La salud digital es un fenómeno avanzado en los sistemas de salud moderno debido a sus beneficios potenciales y reales a nivel individual, poblacional y organizacional.

Actualmente el Perú cuenta con un sistema de información en salud fragmentado [5], que enfrenta una serie de desafíos, entre ellos, el control de la pandemia por el COVID-19. Por ello, la salud digital se constituye en una valiosa estrategia de apoyo, soporte y respuesta para el manejo de la pandemia por COVID-19 [6]. El objetivo de este capítulo de libro es describir el rol de la informática biomédica aplicada al campo de la medicina, incluyendo la discusión los desafíos de la informática biomédica en el contexto del marco conceptual de los sistemas de información y se destacan las principales herramientas de la salud digital aplicadas a la medicina.

1. Informática biomédica y la Salud Digital

La informática biomédica – denominada también como informática de la salud o informática médica - es una “disciplina científica interdisciplinaria que trata sobre la información biomédica, los datos y el conocimiento – su almacenamiento, recuperación, y uso óptimo para la resolución de problemas y toma de decisiones” [1].

2. Desafíos de la informática biomédica y los sistemas de información en el Perú

Existen muchos factores que limitan la diseminación de las aplicaciones de la informática biomédica en el Perú como también en otros países de la región.

Para facilitar la comprensión de los conceptos se ha establecido una analogía entre un sistema de información en salud y una casa digital [7]. Los principales elementos se muestran en la Figura 1. El marco conceptual involucra los siguientes componentes principales: infraestructura, infoestructura, el proceso de planeamiento, ejecución, monitoreo y evaluación. Además, incluye la columna de gobernanza y la columna de las personas y recursos humanos.

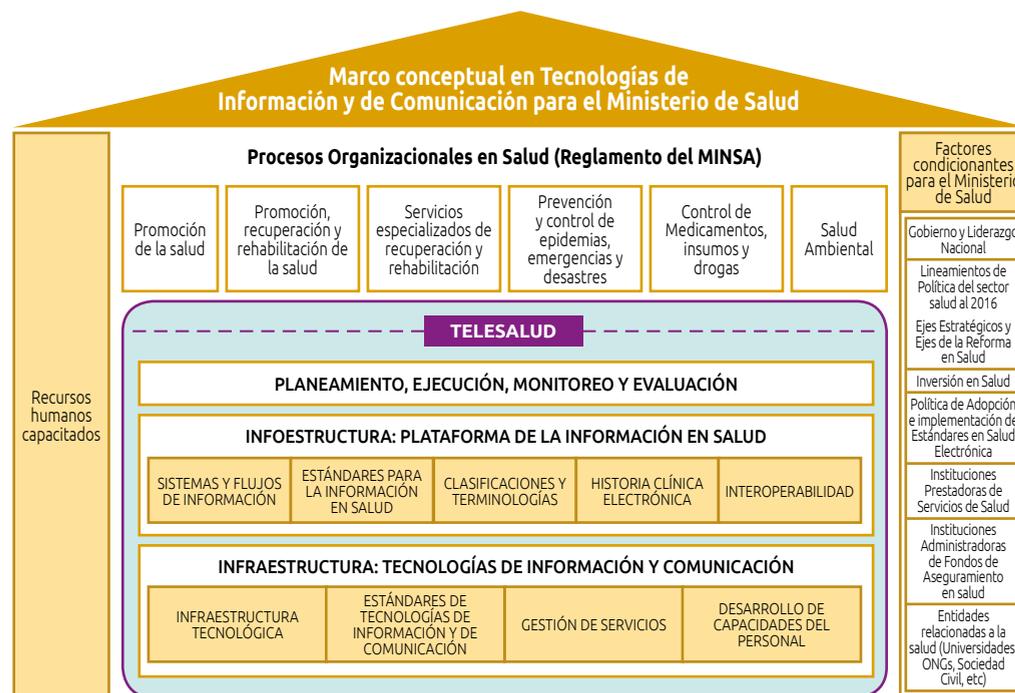


Figura 1. Marco conceptual de la arquitectura de las TIC en salud. Fuente: Curioso WH, Espinoza-Portilla E [7].

2.1 Infraestructura

El acceso a Internet se constituye en uno de los grandes desafíos para impulsar la salud digital en el Perú. Por ejemplo, existe una gran variabilidad en términos de acceso a las TIC medido usualmente en términos de hardware y software adecuados, y disponibilidad de conectividad a internet [7].

Otros factores que contribuyen a la brecha digital incluyen: infraestructura insuficiente en telecomunicaciones, mercados limitados para las TIC, altas tarifas de los operadores en telecomunicación con sobrecostos especialmente altos para las poblaciones rurales o con menores ingresos, oferta de servicios limitados o con restricciones, ineficientes capacidades organizacionales [8]. Existen también inequidades en la utilización de las TIC por la población general determinados por el nivel de educación e ingresos.

Una pobre infraestructura, el número limitado de proveedores de internet, la falta de acceso a óptima conectividad de banda ancha, las redes inalámbricas limitadas y costos de acceso a internet elevados continúan como los mayores impedimentos para la difusión de aplicaciones de internet. Es claro que se necesita una óptima infraestructura de red de comunicaciones para realizar transacciones confiables para servicios que implican transmisión de datos, imágenes y videos como el telediagnóstico, videoconferencias, entre otros. En muchas regiones del país la conectividad a internet es muy limitada e incluso muchos distritos aún tienen problemas de falta de energía eléctrica. Además, la necesidad de trabajar con estándares de TIC es fundamental. Asimismo, la gestión de servicios y el desarrollo de capacidades del personal de las organizaciones son piezas fundamentales en los proyectos e iniciativas que involucran sistemas de información en salud [7].

2.2. Infoestructura

La infoestructura en salud involucra la plataforma de información en salud, incluyendo los datos, así como a todas las aplicaciones y software necesario para acceder, manipular, organizar y sistematizar la información, además de las políticas necesarias para el uso apropiado de la información, y también el componente humano y organizacional de quienes gestionan y acceden oportunamente a la información para la toma de decisiones apropiada y de calidad [7].

El componente de infoestructura incluye el análisis de procesos y flujos de información, además, se debe considerar los identificadores estándares de datos en salud (IEDS), aprobados por el Decreto Supremo 024-2005-SA, que contiene la descripción técnico-normativa de la identificación estándar de datos básicos en salud. La implementación de estos estándares, y de las clasificaciones y terminologías, son clave para lograr una óptima interoperabilidad de los sistemas de información en salud, y que faciliten un eficiente intercambio prestacional.

Por ello, las organizaciones deben primero evaluar sus procesos y, de ser el caso, optimizarlos y estandarizarlos, considerando garantizar el costo-efectividad de sus procesos [7].

Un componente central de la infoestructura es la historia clínica electrónica (HCE) definida como la "historia clínica registrada de forma unificada, personal, multimedia, refrendada con la firma digital del médico u otros profesionales de la salud, cuyo tratamiento (registro, almacenamiento,

actualización, acceso y uso) se realiza en estrictas condiciones de seguridad, integralidad, autenticidad, confidencialidad, exactitud, inteligibilidad, conservación y disponibilidad a través de un Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas, de conformidad con las normas aprobadas por el Ministerio de Salud, como órgano rector [9].

La Resolución Ministerial 214-2018/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 139-MINSA/2018/DGAIN y su modificatoria, establecen las especificaciones para la gestión de la historia clínica (incluyendo la electrónica). Luego, la Ley 30024 estableció la creación del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas definida como la infraestructura tecnológica especializada en salud que administra las historias clínicas electrónicas dentro de los términos estrictamente necesarios para garantizar la seguridad y la calidad de la atención a los pacientes [7].

Finalmente, un componente clave es la interoperabilidad definida como la habilidad de dos o más sistemas o componentes para intercambiar información para posteriormente interpretarla y utilizarla [7].

Para los procesos de intercambio electrónico de datos clínicos y datos administrativos de uso en la atención y cuidados de la salud de las personas se adopta el estándar de interoperabilidad en salud HL7 (“Health Level Seven”) y se adopta el estándar DICOM (“Digital Imaging and Communication in Medicine”) para uso en los procesos de intercambio de imágenes médicas [7].

Asimismo, es muy importante salvaguardar la privacidad, confidencialidad y seguridad de los datos de los usuarios de los servicios de salud en toda iniciativa que involucre la salud digital o proyecto relacionado a la informática biomédica. El Perú cuenta desde el año 2011 con la Ley de Protección de Datos Personales, y su reglamento aprobado el 2013. Para los usuarios de servicios de salud, la seguridad se vincula con el óptimo resguardo, disponibilidad y acceso de los datos personales. En el caso de los médicos y profesionales de salud, la seguridad se relaciona a que los sistemas implementados no comprometan la seguridad jurídica [7].

2.3 Planeamiento, ejecución, monitoreo y evaluación

Toda iniciativa o proyecto en informática biomédica debe contar con un proceso de planeamiento y planificación para su adecuada ejecución. Es fundamental definir con claridad el presupuesto dedicado a cada uno de los componentes descritos en el marco conceptual (Figura 1), y considerar en el presupuesto de los servicios TIC partidas destinadas al desarrollo, mantenimiento y evolución (actualización) de los aplicativos y sistemas de información en salud. Además, resulta clave definir claramente el alcance de los servicios a desarrollar y/o contratar. Por ejemplo, en cuanto al software, es importante establecer claramente las condiciones de la licencia del producto, la propiedad del código fuente, la capacitación (o capacitaciones

periódicas) de los usuarios, entre otros puntos. El monitoreo y evaluación de los aplicativos y proyectos es importante para una gestión óptima de los sistemas de información [7].

Además, la implementación y sostenibilidad de un plan de sistemas de información en salud requiere asegurar un financiamiento importante durante un período prolongado. Asimismo, es necesario considerar una política de incentivos adecuados para que la implementación de los sistemas de información en salud, y es clave que se implemente apropiadamente una estrategia comunicacional y de gestión del cambio, considerando que los proyectos de informatización en el sector salud suelen ser proyectos complejos [7].

2.4 Gobernanza y factores condicionantes estratégicos

El Ministerio de Salud aprobó el 2020 la Agenda Digital del sector salud 2020-2025 [4]. Dicho instrumento promueve la promoción de la transformación digital en salud con el uso de tecnologías de información para la mejora de calidad de la atención en salud y; refleja la necesidad de acelerar dicha transformación, más aún en el contexto de la pandemia por el COVID-19 y de otras que se presenten. Este documento incluye como temas clave: visión de la agenda digital del Sector Salud 2025-2030; visión de la salud digital al 2030; objetivos específicos y estrategias: fortalecer el ecosistema de salud digital y su gobernanza, desplegar a nivel nacional la historia clínica electrónica y la telesalud, mejorar la confiabilidad y disponibilidad de la información para su uso en el análisis y la toma de decisiones.

Aún muchas autoridades en salud pública no son conscientes del potencial de las TIC para apoyar las decisiones que se deben tomar en salud pública. Más aún, el sector salud está muy retrasado comparado al sector negocios, la banca, u otros sectores en términos de efectividad de uso de las TIC [7]. Existen muchas razones para la resistencia a un cambio en particular, o para la resistencia al cambio en general. Sin embargo, todos esos factores pueden ser superados con estrategias adecuadas [7].

Es necesario considerar, además de la gobernanza, los factores condicionantes estratégicos como la rectoría, el financiamiento, el modelo de inversiones y las políticas públicas del gobierno. Por un lado, es fundamental el apoyo al proyecto por la máxima autoridad, ya sea el gerente de la organización, el director del establecimiento de salud (como un hospital, clínica, consorcio hospitalario, etc.). El liderazgo de la máxima autoridad facilita una mayor capacidad para solucionar situaciones que dificultan el avance apropiado del proyecto [7]. La ejecución de un plan en salud electrónica o proyectos relacionados a los sistemas de información debe ser liderada por las máximas autoridades del sector, tanto a nivel nacional, regional, o local ya que la incorporación de TIC trae consigo cambios profundos en la forma de trabajar y muchas veces lleva a evaluar los modelos de atención y los procesos asociados [7].

2.5 Personas y Recursos humanos

Las personas son el eje central en el proceso de aplicación de cualquier proyecto en informática biomédica y salud digital ^[10].

Resulta clave fortalecer destrezas y conocimientos para utilizar de manera efectiva los sistemas de información en salud. Las dificultades para una implementación efectiva de un sistema pueden dar lugar a resistencias para la incorporación del nuevo sistema. Es básico que las personas que utilicen el sistema y los directivos sanitarios se capaciten apropiadamente y con la debida anticipación a su implementación. En lo posible, los usuarios finales deben estar involucrados desde las etapas iniciales del desarrollo o concepción de un sistema de información, considerando las diversas metodologías de usabilidad y valorando un diseño centrado en los usuarios finales ^[7].

Por un lado, necesitamos profesionales multidisciplinarios: profesionales en sistemas, programadores, desarrolladores de productos tecnológicos, etc.; es decir, todos los miembros del equipo de un proyecto deben tener habilidades y experiencia en salud y/o en el campo biomédico. Por ello, la gestión del personal TIC y en gestión de proyectos son un desafío constante. Uno de los factores de éxito de los proyectos de TIC depende de la habilidad de los líderes de proyecto: para identificar y seleccionar al personal idóneo para trabajar en un determinado proyecto, para comunicarse efectivamente con el personal técnico y otros colegas, para contratar consultores apropiadamente, y para organizar equipos técnicos ^[10]. La tecnología sola no tiene ningún sentido a menos que esta responda a las necesidades de las personas, y que los usuarios utilicen con destreza y de manera efectiva los recursos TIC aplicados a la salud ^[7].

Una educación inadecuada en habilidades informáticas es una restricción entre estudiantes de medicina, médicos y muchos otros profesionales de salud que tienen diferentes niveles de competencia en computadoras. Por un lado, es clave que se consideren los lineamientos establecidos en la R.M. N° 960-2020-MINSA que aprobó el Documento Técnico: Perfil de competencias esenciales que orientan la formación de los profesionales de la salud. Primera fase: Médico (a) y Enfermero (a) peruano ^[11], el cual establece el dominio Tecnología e innovación y precisa la competencia de: “aplicar la tecnología e innovación científicamente fundada, para mejorar los procesos o recursos de los servicios de salud”, considerando dentro de las condiciones mínimas para el logro de la competencia que el médico maneje las “tecnologías de la información y comunicación, en los ejes de desarrollo de la telesalud (telemedicina, telegestión, teleiec, y telecapacitación)”.

En estudiantes de medicina, aún persisten barreras de acceso a diversas fuentes de información relevantes, como son las revistas a texto completo nacionales e internacionales ^[12]. Estas barreras se ven parcialmente solucionadas con el acceso a revistas médicas especializadas de

acceso abierto ^[12] y por las suscripciones que ofrecen las universidades y las organizaciones como el Colegio Médico del Perú. Sin embargo, es necesario precisar que si bien el acceso es importante también lo es la evaluación y análisis crítico de la literatura ^[13].

En el Perú, los programas de entrenamiento en informática médica son aún escasos ^[10]. Se necesitan programas que brinden por un lado el conocimiento y la praxis necesaria para realizar investigación, análisis de datos (incluyendo ciencia de datos e inteligencia de datos) y desarrollo de aplicativos como sistemas de información para establecimientos de salud y servicios biomédicos. Estos programas deben incluir sesiones con expertos internacionales vía teleeducación.

3. Aplicaciones Seleccionadas en Informática Biomédica y en Salud en el Perú

3.1 Historias Clínicas Electrónicas

Como se mencionó en la sección 2.2 la historia clínica electrónica (HCE) es un componente central de la infoestructura y de los sistemas de información en salud. La HCE recopila, en su versión digital toda la información de la historia clínica del usuario ^[14], lo que permite agregar u obtener información de manera oportuna y precisa por parte de los médicos o profesionales de salud debidamente autorizados ^[7]. La HCE, por su facilidad para trasladar información en línea de un establecimiento a otro, se constituye en una valiosa herramienta en medicina y salud pública ^[15]. Muchos países en América Latina y el mundo aún no han culminado de implementar en su totalidad las HCE, debido a diversos factores, incluyendo la falta de regulación y marcos legales, infraestructura, infoestructura y factores socioculturales ^[7].

Actualmente, una de las características o valores agregados de las HCE lo constituyen los sistemas de soporte para la toma de decisiones, basados en algoritmos de apoyo al diagnóstico del paciente o de soporte para decisiones terapéuticas sobre la base de herramientas basadas en inteligencia artificial, lo cual facilita una medicina personalizada y promueve un manejo diferenciado de los pacientes. Asimismo, las HCE permiten incorporar alertas, alarmas o recordatorios automatizados ante posibles casos de interacciones de medicamentos, alergias, los cuales pueden ser muy útiles a los médicos y al personal sanitario. Asimismo, las HCE deberían estar integradas con los sistemas de telesalud que faciliten una continua comunicación ente los diversos prestadores de salud ^[7].

Finalmente, las HCE facilitan el análisis y la visualización de la gestión de la información clínica de los pacientes a través de tableros de control (“dashboards”) para los gestores y que facilitan la toma de decisiones de manera oportuna y eficiente en salud.

3.2 Telesalud y Telemedicina

Si bien las aplicaciones de telesalud ya existían desde la década del 2000 ^[16,17] la pandemia por el COVID-19 ha permitido redescubrir y acelerar los servicios de telesalud ^[6], debido al aislamiento social obligatorio y facilitada por el cambio en el marco regulatorio de la telesalud en el Perú. Así, el Decreto Legislativo 1490 modificó las definiciones de telesalud y estableció nuevos lineamientos para la atención de los usuarios de servicios de salud usando la telesalud y la telemedicina ^[6].

Existe la necesidad de optimizar los modelos de atención a nivel de prestadores de salud, financiadores de salud y del ente regulador (Superintendencia Nacional de Salud) que consideren los procesos de telesalud y de salud digital en general.

La atención de los pacientes y usuarios de los establecimientos públicos del Ministerio de Salud y en regiones durante la pandemia por el COVID-19 fue fundamentalmente a través de teleorientaciones o teleconsultas a través de videollamadas ^[6].

Las consultas mediante videollamadas se encuentran implementadas en muchos países a nivel global. Sin embargo, es importante implementar a escala las consultas por videollamada en el Perú ya que existe evidencia de que cuentan con una alta aceptación y satisfacción de los usuarios y pacientes en otros países del mundo ^[18]. Existe vasta literatura que soporta el uso y el beneficio de los servicios de telesalud, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas ^[18]. Así, las teleconsultas por videollamadas pueden dar soporte durante el seguimiento de enfermedades crónicas como la diabetes ^[19], hipertensión arterial ^[20], embarazos de alto riesgo ^[21], y también como apoyo para los pacientes con problemas de salud mental como la ansiedad y depresión ^[22].

Las consultas por videollamadas también pueden resultar útiles en la atención de pacientes con COVID-19 leve ^[18]. Asimismo, las videollamadas pueden ser utilizadas de manera eficiente para el proceso de triaje de pacientes con síntomas de COVID-19 ^[23]. Existe evidencia del uso de la telesalud como el teletriaje en instituciones de América Latina como el Hospital Italiano de Buenos Aires en Argentina ^[24]. Asimismo, los pacientes con COVID-19 leve podrían tener su seguimiento vía el telemonitoreo de tal manera que se alerte al personal de salud ante signos o síntomas que requieran referencia u hospitalización ^[23].

Asimismo, servicios de telemedicina como la teleradiología están desarrollando un notable avance en diversos países en el mundo para optimizar el diagnóstico a distancia basado en tomografías computarizadas y radiografías, incluso utilizando herramientas de inteligencia artificial ^[25].

3.3 Salud móvil

Según Sim ^[26], se define la salud móvil como el uso de sensores portátiles y ambientales, aplicaciones móviles y la tecnología de rastreo de ubicación para la prevención, diagnóstico y manejo de enfermedades. Es preciso señalar que, en el año 2009, el Perú fue destacado por un reporte de las Naciones Unidas como uno de los cinco países en vías de desarrollo con el mayor número de iniciativas en salud móvil ^[2] con aplicaciones en diversas regiones del país ^[8,9]. Ruiz et al. ^[27] sistematizaron y compartieron lecciones aprendidas de proyectos y programas relacionados a la salud móvil en el Perú. Hoy en día la salud móvil ofrece muchas oportunidades y se constituye como una estrategia costo-efectiva con un amplio abanico de posibilidades que incluyen: aplicativos para mejorar la adherencia al tratamiento; la modificación de comportamientos y estilos de vida; el soporte al diagnóstico; la recolección de información, y el entrenamiento al personal de salud ^[2].

En el contexto del COVID-19, se vienen utilizando aplicaciones basadas en salud móvil como los mensajes de texto SMS ^[28], aplicaciones móviles o Apps para celulares, y aplicaciones y dispositivos relacionadas al Internet de las cosas (“IoT”) ^[29].

En el mundo son las aplicaciones móviles en salud donde más desarrollo se ha evidenciado a través de iniciativas promovidas por los gobiernos e incluso por instituciones u organizaciones privadas vinculadas a la salud digital. Estas aplicaciones incluyen el envío de información y tips o consejos prácticos, como también aplicativos para facilitar el triaje y la autoevaluación, y también se han promovido aplicativos basados en la geolocalización (para el rastreo y “tracing”) de pacientes diagnosticados con COVID-19 ^[30].

3.4 Redes sociales en medicina

La pandemia por el COVID-19 también ha sido acompañada con una epidemia de la desinformación y los “fake news”, por lo que no es infrecuente que las personas nos enfrentemos a una serie de información errónea, noticias falsas y rumores ^[6,31]. Esta situación no es nueva, sino que se ha amplificado con el auge de las redes sociales. Por ello, un aspecto fundamental es educar a la población y aclarar oportunamente cuando circulen noticias falsas o tendenciosas en las redes sociales, ya que se diseminan mucho más rápido y a más gente, incluso a nivel global ^[6].

Según la Organización Panamericana de la Salud, la infodemia masiva se refiere a una “cantidad excesiva de información –en algunos casos correcta, en otros no– que dificulta que las personas encuentren fuentes confiables y orientación fidedigna cuando las necesitan” ^[32]. El término infodemia se refiere a “un gran aumento del volumen de información relacionada con un tema particular, que puede volverse exponencial en un período corto debido a un incidente concreto como la pandemia actual” ^[32]. En ese sentido, la infodemia puede provocar ansiedad, depresión, agobio, agotamiento emocional y las personas pueden sentirse incapaces de satisfacer necesidades

importantes^[32]. La Organización Mundial de la Salud viene desarrollando una serie de acciones para combatir la información errónea y la desinformación^[33].

La OMS también recomienda que si una persona sabe que algo es falso puede denunciar la información errónea publicada en línea a través del siguiente enlace: <https://bit.ly/Infoerronea>.

Sin embargo, a pesar del riesgo que constituyen las noticias falsas distribuidas a través de diversos canales en línea, las redes sociales permiten comunicar y conectar a usuarios y pacientes a través de comunidades digitales^[34] y también conectan a médicos y profesionales de salud en Internet^[35,36].

4. Conclusión

La informática biomédica es un campo interdisciplinario con mucho potencial de desarrollo en el Perú, oportunidades aceleradas en el contexto de la pandemia por el COVID-19. La informática biomédica ofrece una amplia gama de tecnologías necesaria para el soporte de los sistemas de salud^[1,2,6,37], y facilita el logro de los objetivos nacionales y globales de salud. Sin embargo, para la puesta en funcionamiento de cualquier sistema en salud digital se requiere personal adecuadamente capacitado, y también el presupuesto necesario para su desarrollo y mantenimiento.

Por un lado, necesitamos formar a dichos profesionales en programas de capacitación a nivel de pre y de posgrado (diplomados, maestrías y doctorados) en especialidades vinculadas a la informática biomédica, salud digital, ciencia de datos, telesalud, entre otras. Actualmente se encuentran disponibles una serie de recursos de aprendizaje en línea como los cursos masivos y abiertos o "Massive Open Online Courses" (MOOC)^[38], redes sociales para promover el aprendizaje y la investigación^[35,36], la gamificación^[39], y la realidad virtual^[40]. Además, es importante la formación y el involucramiento de los directivos y tomadores de decisión en salud con una visión estratégica. Asimismo, es fundamental la inversión en infraestructura (conectividad, equipamiento y gestión de servicios tecnológicos), además de invertir en programas de alfabetización digital y de alfabetización digital en salud^[6].

Por otro lado, para evaluar los resultados y el impacto de la salud digital es imprescindible impulsar con mayor fuerza la implementación de sistemas de información de salud, como las historias clínicas electrónicas y la telesalud para mejorar la calidad de vida de las poblaciones, y estar enmarcados dentro de la visión integradora de las políticas de salud digital.

ORCID

Walter H. Curioso, <https://orcid.org/0000-0003-3789-7483>

Elizabeth Espinoza-Portilla, <https://orcid.org/0000-0002-5068-5357>

Referencias bibliográficas

1. Shortliffe E, Cimino J (editors). *Biomedical Informatics: Computer Applications in Health Care and Biomedicine*. 4ta edición. London: Springer; 2014. p. 965.
2. Curioso WH. La Telesalud y las nuevas fronteras de la informática biomédica en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015; 32(2): 217-20.
3. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). *Gobernanza de la salud digital. El arte de la transformación de los sistemas de salud*; 2020 [Accedido: 08-04-21]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Gobernanza-de-la-salud-digital-El-arte-de-la-transformacion-de-los-sistemas-de-salud.pdf>.
4. Ministerio de Salud, Perú. Documento técnico: Agenda digital del sector salud 2020-2025 /Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información - Lima: Ministerio de Salud; 2020 [Accedido: 08-04-21]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1255216-816-2020-minsa>
5. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *Monitoring Health System Performance in Peru: Data and statistics*; 2017 [Accedido: 08-04-21]. Disponible en: <https://www.oecd.org/countries/peru/monitoring-health-system-performance-in-peru-9789264282988-en.htm>.
6. Curioso WH, Galán-Rodas E. El rol de la telesalud en la lucha contra el COVID-19 y la evolución del marco normativo peruano. *Acta Med Peru* 2020; 37(3): 366-75. [Accedido: 08-04-21]. Disponible en: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.373.1004>.
7. Curioso WH, Espinoza-Portilla E. Marco conceptual para el fortalecimiento de los sistemas de información en salud en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015; 32(2): 335-42. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2015.322.1629>.
8. Curioso WH. New technologies and public health in developing countries: the Cell-PREVEN project. In: Murero M, Rice R, editors. *The Internet and Health Care: Theory, Research and Practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2006. p. 375-393.
9. Curioso WH. E-Salud en Perú: implementación de políticas para el fortalecimiento de sistemas de información en salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2014; 35(5/6):437-41.
10. Curioso WH. Building Capacity and Training for Digital Health: Challenges and Opportunities in Latin America. *J Med Internet Res* 2019; 21(12):e16513. Disponible en: <https://doi.org/10.2196/16513>.
11. Ministerio de Salud, Perú. Documento técnico: Documento Técnico: Perfil de competencias esenciales que orientan la formación de los profesionales de la salud. Primera fase: Médico (a) y Enfermero (a) peruano - Lima: Ministerio de Salud; 2020.
12. Villafuerte-Galvez J, Curioso W, Gayoso O. Biomedical Journals and Global Poverty: Is HINARI a Step Backwards? *PLoS Med*. 2007; 4(6):e220.
13. Curioso WH, Segovia-Juárez J, Rubio C. Situación de la Informática Biomédica en Perú. *Informática y Salud* 2007; 64: 22-28.
14. Curioso WH, Saldías J, Zambrano R. Historias clínicas electrónicas; Experiencia en un hospital peruano. Satisfacción por parte del personal de salud y pacientes. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna* 2002; 15(1): 22-29.
15. Fraser HS, Biondich P, Moodley D, Choi S, Mamlin BW, Szolovits P. Implementing electronic medical record systems in developing countries. *Inform Prim Care* 2005; 13(2): 83-95.
16. Martínez A, Villarroel V, Seoane J, Del Pozo F. A study of a rural telemedicine system in the Amazon region of Peru. *J Telemed Telecare*. 2004; 10(4): 219-25.
17. Martínez A, Villarroel V, Puig-Junoy J, Seoane J, Del Pozo F. An economic analysis of the EHAS telemedicine system in Alto Amazonas. *J Telemed Telecare* 2007; 13(1): 7-14.
18. Greenhalgh T, Wherton J, Shaw S, Morrison C. Video consultations for covid-19. *BMJ* 2020; 368: m998. [Accedido: 08-04-21]. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.m998>.
19. Ghosh A, Gupta R, Misra A. Telemedicine for diabetes care in India during COVID19 pandemic and national lockdown period: Guidelines for physicians. *Diabetes Metab Syndr*. 2020; 14(4): 273-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.04.001>.
20. Omboni S, McManus RJ, Bosworth HB, Chappell LC, Green BB, Kario K, et al. Evidence and Recommendations on the Use of Telemedicine for the Management of Arterial Hypertension: An International Expert Position Paper. *Hypertension*. 2020; 76(5): 1368-1383. doi: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15873>.
21. Aziz A, Zork N, Aubey JJ, Baptiste CD, D'Alton ME, Emeruwa UN, et al. Telehealth for High-Risk Pregnancies in the Setting of the COVID-19 Pandemic. *Am J Perinatol*. 2020; 37(8): 800-8. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712121>.
22. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020(4):e17-e18. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8).
23. Khairat S, Meng C, Xu Y, Edson B, Gianforcaro R. Interpreting COVID-19 and Virtual Care Trends: Cohort Study. *JMIR Public Health Surveill*. 2020;6(2):e18811. doi: <https://doi.org/10.2196/18811>.
24. Frid A, Ratti M, Pedretti A, Valinoti M, Martínez B, Sommer J, et al. Teletriage Pilot Study (Strategy for Unscheduled Teleconsultations): Results, Patient Acceptance and Satisfaction. *Stud Health Technol Inform*. 2020; 270: 776-80.
25. Martín-Noguerol T, Lopez-Ortega R, Ros P, Luna A. Teleworking beyond teleradiology: managing radiology departments during the COVID-19 outbreak. *Eur Radiol*. 2021; 31(2): 601-4. doi: <https://doi.org/10.1007/s00330-020-07205-w>.
26. Sim I. Mobile devices and health. *New Eng J Med*. 2019; 381(10):956-68. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMr1806949>.
27. Ruiz E, Proaño A, Ponce O, Curioso W. Tecnologías móviles para la salud pública en el Perú: lecciones aprendidas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015; 32(2):364-72.



28. Wang C, Ng C, Brook R. Response to COVID-19 in Taiwan: Big Data Analytics, New Technology, and Proactive Testing. *JAMA* 2020. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3151>.
29. Bai L, Yang D, Wan X, Tong L, Zhu X, Zhong Z, et al. Chinese experts' consensus on the Internet of Things-aided diagnosis and treatment of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Clinical eHealth* 2020; 3: 7–15. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ceh.2020.03.001>.
30. Gunasekeran D, Tham Y, Ting D, Tan G, Wong T. Digital health during COVID-19: lessons from operationalising new models of care in ophthalmology. *Lancet Digit Health*. 2021; 3(2):e124-e134. doi: [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(20\)30287-9](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30287-9).
31. Álvarez-Risco A, Mejía C, Delgado-Zegarra J, Del-Águila-Arcentales S, Arce-Esquivel A, Valladares-Garrido M, et al. The Peru Approach against the COVID-19 Infodemic: Insights and Strategies. *Am J Trop Med Hyg*. 2020; 103(2):583-586. doi: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0536>.
32. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la COVID-19; 2020 [Accedido: 08-04-21]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/file/64245/download?token=vqDvd7JC>.
33. Organización Mundial de la Salud (OMS). Aplanemos la curva de la infodemia; 2020 [Accedido: 08-04-21]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/spotlight/let-s-flatten-the-infodemic-curve>.
34. Bermejo-Sánchez F, Peña-Ayudante W, Espinoza-Portilla E. Depresión perinatal en tiempos del COVID-19: rol de las redes sociales en Internet. *Acta Med Peru*. 2020; 37(1). doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.913>.
35. Espinoza-Portilla E, Linares-Cabrera VJ. El rol de las redes sociales y el empoderamiento de las mujeres en medicina. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020; 36(2):136-41. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.5092>.
36. Curioso WH. Redes Sociales en Internet: Implicancias para estudiantes y profesionales en salud. *Rev Med Hered* 2011; 22(3):95-7.
37. Curioso WH, Karras B, Campos P, Buendía C, Holmes K, Kimball A. Design and Implementation of Cell PREVEN: A Real-Time Surveillance System for Adverse Events Using Cell Phones in Peru. *AMIA Annu Symp Proc*. 2005; 176-180.
38. Quijano-Escate R, Rebatta-Acuña A, Garayar-Peceros H, Gutiérrez-Flores KE, Bendezú-Quispe G. Aprendizaje en tiempos de aislamiento social: cursos masivos abiertos en línea sobre la COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020; 37(2):375-7. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5478>.
39. Gentry SV, Gauthier A, L'Estrade Ehrstrom B, Wortley D, Lilienthal A, Tudor Car L, et al. Serious Gaming and Gamification Education in Health Professions: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2019; 21(3): e12994. doi: <https://doi.org/10.2196/12994>.
40. Singh RP, Javaid M, Kataria R, Tyagi M, Haleem A, Suman R. Significant applications of virtual reality for COVID-19 pandemic. *Diabetes Metab Syndr*. 2020; 14(4):661-664. doi: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.011>.

What is it like to be a doctor in Peru today, immersed in the COVID-19 pandemic?

Alberto Perales-Cabrera^{1,2,a}

¿Qué es ser médico en el Perú de hoy, sumergido en la pandemia del COVID-19?

perales.alberto@gmail.com

Resumen

Objetivo: La vocación médica y la esencia de lo que significa ser médico en el Perú de hoy, han sufrido dura prueba en razón del impacto causado por la pandemia COVID-19. Ello ha generado, no sólo un grave desastre sanitario sino una crisis socioeconómica, particularmente moral de nuestra sociedad, que ha cuestionado profundamente nuestra identidad profesional. **Metodología:** Revisión de la literatura histórica y científica sobre la esencia de la vocación médica, uso de información casuística de testigos presenciales ante el impacto de la pandemia COVID-19. **Resultados:** La vocación médica es un fenómeno humano que nace en virtud de dos factores: uno personal y otro de entorno social. Puede iniciarse a cualquier edad, inclusive después de ingresar a la facultad de medicina. La pandemia ha causado enorme sufrimiento en el profesional de salud, especialmente médico, develando vulnerabilidades en su formación que deben ser corregidas para enfrentar nuestra nueva normalidad social y sanitaria. **Conclusión:** La experiencia lograda en la lucha contra la pandemia COVID-19 debiera ser sistematizada y transferida a la nueva educación médica, centrándola en el estudiante como persona en un Perú diferente, el Perú de hoy,

¹ Docente extraordinario experto, Facultad de Medicina, UNMSM.

² Académico Honorario. Academia Nacional de Medicina.

^a Doctor en Medicina, especialista en Psiquiatría

Contribuciones de autoría

El autor ha desarrollado íntegramente la concepción y el diseño del artículo, recolección de información bibliográfica, la redacción del manuscrito y la revisión crítica del artículo. El autor se hace responsable de todos los aspectos que integran el manuscrito.

Fuentes de financiamiento

Este trabajo fue autofinanciado por el autor.

Declaración de conflictos de interés

El autor declara no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

Autor corresponsal:

Alberto Perales-Cabrera

Dirección: Av. Javier Prado Oeste N° 445, Departamento 101 - San Isidro. Lima

Teléfonos: 441 - 2239 / 476 - 4939

bajo un nuevo liderazgo colectivo del Colegio Médico del Perú, las academias e instituciones médico-científicas y las universidades formadoras del nuevo médico.

Palabras Clave: Historia de la Medicina; Perú; educación premédica; pandemia por el Nuevo Coronavirus (SARS-CoV-2).

Abstract

Objective: *The medical vocation and the essence of what it means to be a doctor in Peru today, have suffered severe tests due to the impact caused by the COVID-19 pandemic. This has generated, not only a serious health disaster, but also a socio-economic crisis, particularly moral in our society, which has deeply questioned our professional identity.* **Methodology:** *Review of the historical and scientific literature on the essence of the medical vocation, use of casuistic information from eyewitnesses to the impact of the COVID-19 pandemic.* **Results:** *The medical vocation is a human phenomenon that is born by virtue of two factors: a personal one and a social environment. It can be started at any age, inclusive, after entering the Faculty of Medicine. The pandemic has caused enormous suffering in health professionals, especially doctors, revealing vulnerabilities in their training that must be corrected to face our new social and health normality.* **Conclusion:** *The experience gained in the fight against COVID-19 pandemic should be systematized and transferred to the new medical education, focusing on the student as a person in a different Peru, Peru today, under a new collective leadership of the Medical College of Perú, the academies and medical-scientific institutions and the universities to train the new doctor.*

Key words: *History of Medicine; Peru; pre-medical education; New Coronavirus pandemic (SARS-CoV-2).*

¿Qué es ser médico?

Años atrás, grandes médicos respondieron esta pregunta con opiniones derivadas de sus sabios conocimientos y de su sazónada experiencia. Honorio Delgado (1957) sentenciaba con señorial verbo que la esencia del ser médico correspondía a su derecha moral [1].

Y Carlos Alberto Seguí alertaba a su hijo - quien le había confesado su decisión de estudiar medicina- narrándole que bajo la égida del positivismo científico, la educación médica de su tiempo lo había orientado a ser no un médico, sino un **veterinario de seres humanos** [resaltado mío]...y preparado para atender órganos y no hombres [visión científica pero especialmente

biológica]...sin embargo, actualmente se experimentaba un cambio radical en dicha orientación hacia una medicina más integral y comprehensiva. "Significa que no somos más ni 'veterinarios humanos', ni 'recetadores', ni 'operadores', sino hombres frente a hombres que, preparados científica y artísticamente para ayudar, ayudamos a otros hombres a restablecer el equilibrio que han perdido por un momento" [2].

A lo largo de la historia de la medicina preclaros exponentes han reflexionado sobre el tema, destacando que los rasgos esenciales del buen médico se evidencian en su constante preocupación por mantenerse actualizado, tanto científica como técnicamente en el uso de la Lex Artis Médica; y por su capacidad para establecer encuentros humanos significativos, particularmente con los seres humanos bajo su cuidado.

Recordemos, al respecto, el señalamiento de Hipócrates: "La filantropía es la virtud principal del médico", y que "Solo un hombre humano puede ser un buen médico". Que Paracelso sentenciaba: "La probidad, la rectitud y la firmeza moral son tan esenciales al médico como el saber y el arte. Su profesión requiere que se le reconozca digno de la confianza que se deposita en él, y sus acciones le revelarán persuasivo, paciente, consolador, como que la sumisión le ha sido señalada por Dios y no puede derivar de otro principio más fundamental...Donde hay amor al hombre, ahí hay también amor al arte de curar...Arte y ciencia deben brotar del amor, si no, no hay perfección en ellas" [3].

Y recordar que Paracelso escribiera lapidariamente: "El más hondo fundamento de la medicina es el amor" [4], sentimiento poderoso que Sigmund Freud denominó "Transferencia" como vínculo fundamental de la relación que el médico establecía con el paciente [5], a la cual Pedro Laín Entralgo denominó "Amistad Médica" [4]. Y Carlos Alberto Seguí, amor incondicionado, caracterizado por una actitud de ofrecimiento de ayuda, aún a costa de su propia vida, como hemos apreciado en el curso de la actual pandemia por COVID-19. Posteriormente, Seguí, ya en el campo de la psiquiatría, específicamente en el marco de la psicoterapia, elaboraría el concepto a "Eros psicoterapéutico" [6].

Aparte de ello, el médico, justamente por manejar vidas humanas y apoyándose en sus principios y valores, aprende aristotélicamente a tomar decisiones prudentes en beneficio del paciente, asumiendo su responsabilidad ante la consecuencia de sus acciones, así como ante la sociedad y la propia profesión médica.

Todo este quehacer supone una disposición o potencial de ayuda al prójimo, la vocación.

a. ¿Qué dice la historia sobre nuestra vocación? ¿Por qué somos médicos?

El origen divino:

Apoyándome en fuentes autorizadas, entiendo que la civilización griega ubica nuestra génesis profesional en un nivel divino, dado que Asclepio, dios de la Medicina, desciende del dios Apolo y la mortal Coronis, hija del rey Flegías de Tesalia.

Induce la narrativa a visualizar que un día, cansado y hastiado de inactividad, el dios Apolo mira distraídamente hacia la tierra, sólo para quedar prendado de la bella Coronis, a quien sorprende tomando uno de sus acostumbrados baños en el lago Boibesm. Flechazo inmediato y profundo que torna urgente la necesidad de contactarla.

Temeroso de que su presencia pueda ahuyentarla, la acompaña convertido en cisne mientras ella se deleita en las tranquilas aguas lacustres. Una tarde, aprovechando que Coronis duerme, la seduce y embaraza; pero, debiendo regresar al templo celestial ordena la vigile un cuervo blanco.

Para entonces, Apolo ignora que Coronis, por decisión paterna, está prometida en matrimonio a su primo Isquis. Apenas enterado el cuervo de la noticia, vuela al Olimpo a transmitírsela. Apolo no tolera la mala nueva y, considerándose traicionado, ciego de ira, decide vengarse. Empieza castigando al cuervo: él y su especie perderán su bello plumaje blanco que será eternamente negro; asesina a flechazos a Isquis y pide a su propia hermana, la diosa Artemis, que mate a Coronis. Cuando esta agoniza, se arrepiente, vuela raudamente a la tierra y saca del vientre materno a la criatura, el futuro dios Asclepio (realizando la primera cesárea que se registra en la historia).

Pide criar al niño al Centauro Quirón quien, con la ayuda de la diosa Atenea, lo instruyen en las artes de la caza, medicina, sabiduría, destrezas, estrategia, justicia y artes. Terminado el adiestramiento, Asclepio, ya en su adultez joven y previo a iniciar su peregrinaje médico, recibe de Atenea dos botellas llenas de sangre de la Gorgona (diosa, pero al mismo tiempo despiadado monstruo femenino de inmensos poderes mágicos). El contenido de una de ellas está envenenado y es destructivo; el de la otra, por el contrario, contiene sangre de alto poder curativo, incluso de resucitación. Premunido de tales poderíos, aparte de su clara inteligencia, Asclepio inicia su trabajo profesional recorriendo pueblos, curando enfermos e, incluso, devolviendo la vida a importantes personajes fallecidos. Tal poder y la fama que gradualmente adquiere con sus proezas irrita a Zeus (dios supremo de los dioses del Olimpo), quien, temiendo que la resurrección de los mortales altere el orden del mundo, decide eliminarlo. Lo fulmina con un rayo preparado por los cíclopes (monstruos gigantes, con un solo ojo en la frente). Enterado, Apolo, en venganza los elimina; y, desconsolado por la pérdida de su hijo, no volverá más a la tierra. Se sabe, además que durante su vida terrenal Asclepio dejó descendencia. Destacan dos de sus hijas por sus conocimientos: Hygeia (diosa de la salud y la profilaxis, de donde viene la palabra higiene) y Panacea (diosa de la terapéutica, quien cultivaba el arte de la curación universal por medio del sabio uso de las plantas) ^[7,8].

Quizá este origen divino de semi-dios permitió fundamentar en el inconsciente colectivo de la civilización griega, el privilegio de otorgarnos consideración especial. Ante la justicia el médico era inimputable, pues no se concebía que un médico no fuera moralmente virtuoso, gracia que sólo compartía con otras dos profesionales, el sacerdote y el político.

Desde entonces, la imagen del médico se ha venido gradualmente deteriorando bajo la presión de muchos factores, al punto que hoy se observa un claro menoscabo y creciente desconfianza en la relación médico-sociedad, estimulada por la indiscriminada e irresponsable popularización de conceptos médicos, nosológicos y terapéuticos no validados que inunda la media, así como, lamentablemente, por inconductas profesionales cada vez más frecuentes. A ello se agregan el acelerado desarrollo tecnológico y la influencia de terceras partes comerciales que operan en el campo de la salud, que contribuyen a generar el fenómeno conocido como deshumanización de la medicina.

b. ¿Qué dice la investigación científica sobre la vocación médica?

Perales, Mendoza y Sánchez (2013) estudiaron científicamente el tema en médicos peruanos de prestigiada conducta profesional. Analizaron sus orígenes y los factores asociados a su desarrollo. En estudio cualitativo con muestreo de caso típico y entrevistas en profundidad previo consentimiento informado, obtuvieron una muestra de 76 médicos seleccionados en base a criterios pre-establecidos. El 82 % fue varón, la edad promedio 71,6 (49-88 años). El análisis demostró que la vocación médica no seguía un patrón único y se iniciaba en momentos diferentes del ciclo vital. Factores asociados más frecuentes se vincularon a una dinámica personal en la cual destacaba la influencia del medio, especial aunque no únicamente, el familiar. En dos casos, sin embargo, no se encontró factor explicativo alguno. Llama la atención que en el 10,5 % de los casos, los estudiantes habían ingresado a la facultad de medicina sin vocación médica definida; y que en virtud de los estímulos y reforzadores que el ambiente académico universitario y los buenos profesores les brindaron, la vocación germinó durante los estudios médicos. Este hallazgo permite señalar el errado criterio eliminatorio de ingreso a la carrera de un postulante, de declarar que no tiene una vocación definida. El decantamiento del proceso podría germinar durante sus estudios, merced al influjo de los valores de la profesión, personificados en docentes dotados de un auténtico “eros pedagógico”, aparte del clima organizacional de la institución durante los años formativos.

Finalmente, a base de los datos ofrecidos por los probandos, propone una definición de vocación médica: “Inclinación que gradualmente se convierte en amor por cuidar de modo integral la salud del prójimo, más aún en situación de enfermedad o sufrimiento, así como a descifrar –vía la investigación- las leyes de la naturaleza humana que permiten explicar y comprender los procesos de salud y enfermedad, y saber aplicar y transmitir ese conocimiento

en pro del bienestar individual y colectivo. Esta conducta se sustenta en sólidos valores morales y define el carácter del proyecto de vida del ser con miras a su realización personal”.

Resumiendo, la vocación médica se asocia a: 1.º Dinámica personal, (61 %) de los casos. 2.º Influencia familiar, especialmente cuando hay un médico en la familia. 3.º Libre elección entre otras vocaciones, principalmente de servicio y artísticas. 4.º Experiencia personal de enfermedad o sufrimiento, o impacto positivo de un agente curador. 5.º Interés por aprender, amor al saber, a las ciencias y a la investigación. 6.º Historia de juegos infantiles sobre medicina o buena orientación en el colegio. 7.º Interés económico, de prestigio y ascenso social. 8.º Factores desconocidos de influencia, que no permiten explicación alguna. Concluyen describiendo la vocación médica como un proceso generado en un ser humano en virtud de dos factores: individual (el propio sujeto) y social (el entorno que estimula su desarrollo). Tal estímulo puede darse desde edades muy tempranas, incluso antes de que la capacidad de juicio crítico esté consolidada, o posterior al ingreso a la facultad de medicina, aunque más frecuentemente entre los 12-17 años, para gradualmente constituirse en el proyecto de vida de la persona ^[9].

La pregunta pendiente sería ¿cuántos estudiantes iniciarán sus estudios médicos sin vocación y egresarán de la facultad sin haberla encontrado?

Perales et al. (2015) estudiaron, con metodología cuali-cuantitativa, la vocación quirúrgica y las variables que se asocian a tal proceso en 40 cirujanos, miembros de las instituciones y universidades más prestigiadas del país. El 95 % fue de sexo masculino, la edad promedio 65 años (41-86), con un promedio de años de experiencia profesional médica de 35,4 (10 a 68) y de experiencia quirúrgica, de 30,2 años (3 a 59). Respecto a su formación profesional, 85 % correspondía al sistema de residentado quirúrgico universitario, y 15 % al de especialidad no escolarizada. La vocación quirúrgica es un proceso que puede iniciarse en diferentes etapas de la vida. Cuando ocurre previo a los estudios universitarios (17,5 % de la muestra estudiada) se asocia a alta influencia familiar (padre o tíos cirujanos). Más frecuentemente (80 %) emerge durante el pregrado, al influjo de diversos estímulos formativos que provee la propia institución médica formadora y/o docente paradigmática. En un caso (2,5 %), la vocación había nacido muy precozmente, sin que el entrevistado pudiera explicar su origen. Concluyen en que la vocación quirúrgica se sustenta en una sólida vocación de servicio. El cirujano con real vocación se distingue por experimentar placer en la ejecución de actividades quirúrgicas. Finalmente, aportan recomendaciones para la enseñanza de la cirugía, incluyendo la ética como una necesidad básica de ella ^[10].

El médico en el Perú de hoy. ¿A qué nuevos retos se enfrenta y deberá enfrentarse?

“Aunque mucho se ha escrito sobre el sufrimiento del paciente y su familia, poco se sabe sobre el sufrimiento del médico (como persona)...” ^[11].

Un análisis actual definitivamente debe incluir la situación de pandemia COVID-19, que según voces expertas nos acompañará por un buen tiempo.

“El Perú vive un momento crítico en su historia que pone a prueba la fortaleza de sus instituciones y la solidez moral de sus habitantes... Ante tal situación, resulta indispensable comprender que el escenario normal de atención de salud ha variado para convertirse en uno de **catástrofe sanitaria**, situación que internacionalmente se aplica cuando el incremento rápido de las necesidades de atención, supera las posibilidades de respuesta del sistema sanitario. Alcanzado tal nivel, el problema ético que se plantea al personal de salud es manejar con **prudencia** los escasos recursos disponibles. Pero, sobre todo, en medio de la urgencia y gravedad de las circunstancias, no olvidar nunca que los enfermos que tratan son seres humanos: dignos, libres, iguales en su esencia, personas que tienen familias, que han vivido una historia, que poseen una dimensión que trasciende los aspectos meramente físicos, que son dueños de una vida espiritual y que, por ende, quieren sobrevivir. En otras palabras, los principios éticos que deben regir la acción del personal de salud son los del respeto a la dignidad de la persona, la justicia y la responsabilidad solidaria” ^[12].

Debido a tal escenario y su influencia, diversos estudios han descrito los actuales riesgos y consecuencias en los profesionales de salud. Entre ellos:

- Poco tiempo para procesar el pesar experimentado ante el sufrimiento y/o la muerte del paciente y/o de colegas y compañeros de trabajo. (Testimonios personales nos han referido la dramática escena de atender a una treintena de pacientes que requerían urgentemente de oxígeno, que el médico, ante la carencia absoluta de oxígeno medicinal, sabía que no llegaría, y no saber qué decirles, solo para verlos morir, uno a uno, con amarga impotencia. O de no haber podido salvar la vida a colegas que se infectaban luchando por salvar la vida a otros seres humanos.
- El estrés y las exigencias laborales y académicas generadas, que disminuyen las horas de descanso, de hobbies y actividades sociales saludables. Todo ello experimentado personalmente, conjuntamente con el miedo a contagiarse y contagiar a los suyos.
 1. Las actitudes defensivas que torna cínicos, fríamente técnicos y distantes a algunos profesionales.
 2. Los mecanismos inconvenientes de drenaje del estrés, que algunos colegas llegan a utilizar, tales como el abuso de sedantes y/o alcohol, o inadecuada actividad sexual.

3. Los conflictos interpersonales con los propios colegas, el personal subalterno o los propios pacientes.
4. Más lamentable aún, cuando el estrés se descarga en casa, dañando a la propia familia y a los seres queridos.

En cuanto al Burnout o síndrome de agotamiento:

“Maslach acuñó el término (1976) y propuso que sólo se aplicara a trabajadores insertos en el ámbito laboral que realizan su trabajo en contacto directo con personas en el seno de una organización. Así pues, Maslach (1981) y Jackson (1982) definen el Burnout como una manifestación comportamental del estrés laboral, y lo entienden como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) en el trato con clientes y usuarios, y dificultad para el logro/realización personal (RP)”^[13].

Otros autores han agregado observaciones importantes sobre los riesgos; por ejemplo, que “Los médicos más compasivos suelen ser los más vulnerables al agotamiento emocional, con mayor incidencia en profesionales que se involucran en intensa relación emocional con sus pacientes, sea este un interno, un residente o un experimentado profesional”^[14].

O que oncólogos y psiquiatras pueden ser particularmente vulnerables. En los primeros, los estudios señalan prevalencias con un rango de 25 a 50 %^[15].

Aquellos profesionales en los cuales ya existen conflictos en su vida de pareja o en la relación con sus hijos, se evidencia más alto riesgo de presentar el síndrome^[16].

¿Está el médico peruano preparado para ello?

El buen médico depende de dos pre-requisitos; de cómo lo formaron como persona, antes de ingresar a la universidad; y de cómo lo formaron en la universidad, como profesional y como persona. Cuando hablamos de persona, estamos hablando de responsabilidad.

El médico peruano debe saber que su responsabilidad como tal es intransferible e irremplazable y habrá de estructurarse, según Etcheverría^[17], en varios niveles:

- 1. Responsabilidad por uno mismo.** En cuanto al propio proyecto de realizar su vocación y realizarse como persona.
- 2. Responsabilidad por la obra bien hecha.** En el marco de su concepción sobre la virtud, MacIntyre elabora el concepto de “práctica”. La práctica de una profesión es realizar los bienes inherentes a la misma, buscando su excelencia (en medicina: curar y cuidar).

Una práctica o una profesión se falsea cuando se orienta prioritariamente al logro de los bienes externos; por ejemplo el poder, la fama o el dinero. En esta clase de bienes, cuanto más se tiene menos queda para los demás; hay ganadores y perdedores; mientras que en el caso de los bienes internos se compite por la excelencia, su logro es un bien para toda la comunidad que participa en la práctica.

¿Cuál es aquí el papel de las virtudes? Subordinar los bienes externos a los internos, en otras palabras, los valores intrínsecos de la medicina a los instrumentales, garantizando así la autenticidad de su práctica. Concretamente, lo característico de la virtud es inducir a que la producción de los bienes internos (valores intrínsecos) se ejerza sin reparar en si producirá o no bienes externos (valores instrumentales).

3. Responsabilidad en el marco institucional y general de la profesión. MacIntyre señala que la práctica profesional se realiza al interior de las instituciones (en nuestro caso, fundamentalmente en los hospitales). Estos tienen una política que puede constreñir al médico, forzándolo a inscribir su acción en organismos con los que, en el peor de los casos, puede no estar de acuerdo. Debe, entonces, discernir entre implicarse o no con ella y de ser así, cómo y hasta dónde, en función de la cercanía o distancia entre la “política” de la institución y su moral personal.

En segundo lugar, las instituciones, al extender los mecanismos de deliberación y decisión y hacer participar a múltiples sujetos e instancias en ello, diluyen las responsabilidades personales aunque no en igual grado en todos los implicados, pues ello dependerá de su situación en el organigrama de poder e influencia. De hecho, nadie puede eximirse de ella pues nadie puede “renunciar a su responsabilidad”.

Finalmente, al instaurar mecanismos colectivos de decisión y colaboración conjuntos, las instituciones permiten a los profesionales vivir la experiencia de la co-responsabilidad, la experiencia de saber que no somos responsables sólo respecto a los otros, sino que compartiremos responsabilidades con ellos. Apel, nos recuerda que la salida que tenemos para enfrentarnos responsablemente a los grandes retos sociales es la de coordinar las acciones bajo la responsabilidad colectiva, y reforzar el principio de justicia.

El estudiante de medicina como persona

Nuestros estudios sobre salud mental realizados desde 2010 en los estudiantes de nuestra universidad^[18-20], nos permiten evidenciar que no todos los estudiantes ingresan **en condiciones personales óptimas**, muchos lo hacen con diversos problemas de salud mental que probablemente incidirán negativamente en su futuro desempeño académico y en su desarrollo personal. En una encuesta realizada en los estudiantes de las cinco escuelas

profesionales de Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), se puede observar que cada población puntúa por encima de las prevalencias halladas en la Encuesta de Salud Mental del Instituto Nacional de Salud Mental en población general (Tabla 1).

En esta escuela de Medicina, nuestro particular interés de análisis en este trabajo, son altamente preocupantes las prevalencias del intento suicida (4 %), ideación homicida (12.7 %), conducta antisocial (19.2 %) y abuso de alcohol (7.3 %), mayores que las observadas en población general.

Tales prevalencias expresan un desarrollo humano interferido, con merma de desarrollo moral (conductas disociales) y cargas agresivas reprimidas (intento suicida, pensamiento homicida, abuso de alcohol) que pueden ser detonadas si el entorno las estimula. Agregamos a esta preocupación el hecho de que estamos hablando de estudiantes que en pocos años serán médicos y tendrán en sus manos las vidas de otros seres humanos.

	Medicina %	Enfermería %	Obstetricia %	Tec. med. %	Nutrición %	Encuesta Salud Mental Lima	
						Adolescentes	Adultos
Intento suicida	4	10,2	8,3	7,6	9,4	3,6	5,2
Ideación homicida	12,7	7,6	6,9	11	13,9	3,2	4,6
Indicadores conduc. antisocial	19,2	26,9	21,7	18,6	27,5	9,9	15,4
Riesgo abuso de alcohol	7,3	4,2	3,1	4,7	5,2	S,d,	

Tabla 1. Prevalencias de vida de conductas de riesgo en estudiantes de la facultad de medicina de la UNMSM (Fuente: A. Perales et al.)

Al parecer, el estudiante vive su tragedia en soledad. Su última esperanza de que las cosas cambien, dependerán de lo que pueda hacer la universidad por él/ella como persona.

La responsabilidad social de la universidad

La universidad nacional del siglo XXI se equivoca si piensa que cumple su deber tratando a sus alumnos como máquinas de aprender que deben digerir toda la información que se les dé. Ante tal situación, evidenciada por los trabajos señalados, se observa un claro descuido en su

responsabilidad social. Y, en ciertas áreas, prescindencia absoluta de las necesidades humanas del alumno como persona, particularmente en sus dimensiones ética y espiritual.

Estos jóvenes no sólo necesitan ser adiestrados como buenos profesionales; requieren fundamentalmente estrategias educativas que les provea soporte a su propio desarrollo humano como personas para ser buenos médicos después. Pues tal como sentenció Juan Carlos Giménez: “Ser médico no es un oficio más, es una filosofía de vida. El que elige Medicina no elige una profesión sino una forma de vivir”.

La educación médica, como responsabilidad académica y social de la universidad del siglo XXI, debe centrarse en el estudiante como persona. Y apoyándose en la previa evaluación de sus necesidades humanas, prepararlo profesionalmente a nivel de excelencia, ayudándolo al mismo tiempo a desarrollarse como ser humano para convertirlo en sujeto íntegramente moral. Alumnos con estas vulnerabilidades requieren técnicas que faciliten y estimulen su desarrollo humano; es decir, técnicas centradas en las necesidades del estudiante como persona, bajo la pregunta de ¿qué necesita el país, médicos que sean buenos técnicos o que, además de excelentes conocimientos de medicina sean profesionales íntegramente morales?

Palabras finales

El Perú de hoy ha cambiado y cambiará aún más, en un proceso que los peruanos aún no comprendemos adecuadamente. La pandemia COVID-19 ha develado viejas precariedades en nuestro sistema de salud y estructura del Estado. Insistimos, sin embargo, que lo fundamental corresponde a una grave crisis moral y de valores de nuestra sociedad en pleno. En consecuencia, se nos impone un reto científico y ético que reclama profundas modificaciones en nuestro sistema de atención de salud, para lo cual conviene sistematizar la experiencia médica ganada y convertirla en nuevo aprendizaje. El liderazgo de tales cambios se engrana a un nuevo rol del Colegio Médico del Perú, de las Academias e instituciones médico-científicas que en concertada colaboración con las instituciones formadoras, enfrenten la realidad de un alumnado que en buena proporción ingresa a la universidad ya afectado en su desarrollo humano y con problemas de salud mental. Ante ello, corresponde ejercer una nueva responsabilidad, apoyar a que la universidad ayude a los nuevos médicos, no sólo capacitándolos profesionalmente a nivel de excelencia, sino promoviendo su conversión en personas y ciudadanos de bien para unirse a las fuerzas de desarrollo del país.

ORCID

Alberto Perales-Cabrera, <https://orcid.org/0000-0002-3940-5182>

Referencias Bibliográficas

- Delgado H. El Alma del Paciente. An Fac med. 1957; 40(2):302-14. doi: <https://doi.org/10.15381/anales.v40i2.10738>
- Seguin CA. Tú y la Medicina. Lima: Editorial Poniente; 1993 p. 29-33.
- Delgado H. Paracelso. 4ta edición. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011. p. 44.
- Laín-Entralgo P. El médico y el enfermo. Madrid: Triacastela; 2003. p. 145-160.
- Freud S. Obras Completas. Tomo II. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1978. p. 321-326.
- Seguin C.A. Amor y psicoterapia. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1963. p. 100-111.
- Diccionario de la civilización griega. Barcelona: Ediciones Destino; 1972. p. 62.
- Rillo A G. The Greek origen of caduceum: Æsculapius. Colombia Médica. 2008; 39(4):384-8.
- Perales Alberto, Mendoza Alfonso, Sánchez Elard. Vocación médica en médicos de prestigiada conducta profesional. An Fac med. 2013;74(4):291-300.
- Perales-Cabrera A, Mendoza-Fernández A, Sánchez-Tejada E, Bravo-Basaldúa E, Barahona-Meza L, Aguilar-Rivera W, Varela-Roberto E, Chumpitaz-Alvarez V. Vocación quirúrgica. An Fac med. 2015; 76(4):349-59. doi: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v76i4.11404>
- Shanafelt T, Adjei A, Meyskens F. When Your Favorite Patient Relapses: Physician Grief and Well-Being in the Practice of Oncology. Journal of Clinical Oncology. 2003; 21(13):2616-9.
- Perales A, Lerner S, Albán W, Minaya G, Villanueva M, Ocampo JC, Van Der Linde M, Almonacid C. Documento Técnico. Consideraciones éticas para la toma de decisiones en los servicios de salud durante la pandemia COVID-19. Ministerio de Salud. Lima, 2020.
- Martínez-Pérez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. 2010; 13(112):42-80.
- Maslach C, Jackson S, Leiter M: Maslach. Burnout Inventory Manual. Consulting Palo Alto, California: Psychologists Press; 1996.
- Ramírez AJ, et al: Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. Br J Cancer. 1995;71(6):1263-9. doi: 10.1038/bjc.1995.244
- Linzer M et al: Predicting and preventing physician burnout: Results from the U.S and the Netherlands. Am J Med. 2001; 111(2):170-5.
- Etxeberria X. Ética de las profesiones. Temas Básicos. Bilbao: Desclee de Brouwer S.A.; 2002
- Perales, A, Sánchez, E, Barahona L, Oliveros M, Bravo E, Mendoza A, Aguilar W, Ocampo JC, Pinto M, Orellana I. (2018). Conducta y personalidad disociales en estudiantes de medicina: implicancias para la educación médica peruana. An Fac med. 2018; 79(3):238-43.
- Perales A, Acevedo LM, Gutiérrez W, Sánchez E, Oblitas B, León P, Parhuana A, Carrera R, Torres H. Conducta suicida en estudiantes de las escuelas de educación y educación física de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Investigación Educativa; 2013; 17(2):185-94.
- Perales A, Sánchez E, Parhuana A, Carrera R, Torres H. Conducta suicida en estudiantes de la escuela de nutrición de una universidad pública peruana. Rev Neuropsiquiatr. 2013; 76(4):231-5.

History of COVID-19 in Peru: Balance March 2020 - May 2021

Historia del COVID-19 en el Perú: Balance marzo 2020 - mayo 2021

Ciro Maguina Vargas ^{1,2,a}
Jorge González Mendoza ^{3,b}

cmaguina@colegiomedico.org.pe
jgonzalez@colegiomedico.org.pe

- Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.
- Docente principal de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
- Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.
- Médico cirujano especialista en Infectología y Dermatología.
- Médico cirujano especialista en Infectología.

Contribuciones de autoría:

Los autores han participado en la concepción y diseño del capítulo, recolección de información bibliográfica, redacción del manuscrito y revisión crítica del capítulo. Aprobamos la versión final del capítulo y se hacen responsables de los aspectos que integran el manuscrito.

Fuentes de financiamiento:

Este trabajo fue autofinanciado por los autores.

Declaración de conflictos de interés:

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

Autor corresponsal:

Ciro Maguina Vargas

Correo electrónico: Ciro.maguina@upch.pe

Dirección: Calle Abraham Valdelomar 685, Pueblo Libre, Lima

Teléfono celular: 994 - 699439

Resumen

En el presente artículo sobre la historia del COVID-19 en el Perú se analiza a este virus emergente, causante de una pandemia global todavía no controlada, y que está provocando un gran daño no solo en la salud, sino también en la economía peruana y del planeta. Primero, se presenta su inicio en China, su diseminación en el mundo y su llegada al Perú, con una primera ola de gran magnitud que empezó en marzo 2020 y se extendió hasta octubre de ese año. El balance prosigue con la revisión de las medidas implementadas para su control por el gobierno peruano, algunas de ellas, al inicio correctas, pero las siguientes muy erróneas, asimismo se detallan los aportes y el papel crítico que ha tenido el Colegio Médico del Perú (CMP), no solo para salvar vidas de los médicos, sino también para la defensa de la salud y de los pacientes; posteriormente se analiza la segunda ola, que empezó a fines de diciembre 2020, mucho más severa que la primera, donde una vez más el CMP planteó nuevas propuestas para su control, pero que lamentablemente el nuevo gobierno no tomó en cuenta en su mayoría; finalmente, presentamos algunos

retos fundamentales para el mejoramiento de la salud de los peruanos rumbo al bicentenario de la independencia del Perú.

Palabras claves: COVID-19; Historia de la Medicina; Perú.

Abstract

This chapter on the History of Covid in Peru analyzes a review of this new emerging global virus: Covid 19, which is causing a severe global pandemic, still uncontrolled, which has done so much damage not only to health, but also to the Peruvian and global economy. First we present the emergence of Covid in China, its arrival in Peru and the world, causing a first wave of great magnitude that began in March 2020 until October 2020, we make a balance of this, the role of the implemented measures of government control, some of them, at the beginning correct, but the following very wrong, we also present the contributions and the critical role that has had the CMP, not only to save lives of colleagues, but the defense of health and patients; Then we analyze the second wave, which began in late December 2020, much more severe than the first, where once again the CMP makes new proposals to control it, but unfortunately the new government has not taken into account many of them; finally we conclude by presenting some fundamental challenges of health towards the bicentennial.

Keywords: COVID-19; History of Medicine; Peru.

Introducción

La historia del nuevo virus COVID-19 se escribe día a día y desde su aparición a fines de diciembre 2019, muchas cosas han cambiado. Cuando empezó, algunos lo consideraban como “una gripe más”, que “duraría pocos meses”, que “era contagiosa solo de persona a persona”, también que “los aerosoles no eran fuente de transmisión” y hasta que “las mascarillas quirúrgicas no eran necesarias para protegerse en la calle” [1].

Todo eso ha cambiado hoy en día, y se sabe que este virus es muy contagioso y no ha podido ser controlado en gran parte del mundo. A nivel clínico, han aparecido nuevos síndromes y complicaciones sorprendentes, por ejemplo las diversas afectaciones pulmonares, cardiovasculares, trombóticas, vasculitis, lesiones dérmicas, entre otras. Además, los métodos diagnósticos (Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR), pruebas serológicas, antígenos, etc.), no logran detectar al cien por ciento de los infectados y hasta han creado confusión, demora en el diagnóstico y mal manejo de los pacientes [1,2].

A pesar de obtener en tiempo récord varias vacunas contra el COVID-19, actualmente no sabemos cuánto tiempo inmunizan y si protegen de las nuevas mutaciones.

El control de la enfermedad ha sido y es una de las grandes falencias de esta pandemia, se ha recurrido a cuarentenas generalizadas, focalizadas, al testeo masivo con pruebas moleculares, al uso de mascarillas N95, la doble mascarilla y el lavado de manos, entre otras medidas de contención. Últimamente, las nuevas vacunas que se usan en la fase 4 del mal han surgido como una de las pocas y mejores armas, pero su eficacia es muy variable. Además, un problema real es la inequidad de las mismas, no están llegando de igual manera a todo el mundo, los países más ricos y poderosos son los que se están beneficiando; en el Perú, por ejemplo, hasta el día de hoy solo han sido vacunados más de dos millones de habitantes de los 33 millones que consta su población [3].

Las cifras del COVID-19 son impactantes a nivel mundial, el virus continúa su larga marcha y nada lo detiene, para el 1 de mayo 2021 todos los continentes han sido afectados, con 151 307 700 de enfermos, con 3 182 408 de muertos, y solo en los Estados Unidos de América han fallecido 576 232 personas, y hay 32 345 712 enfermos; Brasil tiene 403 781 muertos, y 14 659 011 casos; México contabiliza 216 907 extintos y 2 344 755 casos; e India lamenta 211 853 muertos y 19 164 969 casos de enfermos [4].

En el Perú, los enfermos y muertos se notificaron de manera creciente desde las primeras semanas de diciembre de 2020, ello revelaba que estábamos en el inicio de la segunda ola, que en las siguientes semanas creció de manera notable; con las cifras alcanzadas entre enero y abril de 2021, esta segunda ola era mayor y más severa tanto en infectados como en fallecidos.

La aparición de nuevas cepas mutantes como las de Inglaterra, la brasileña originada en Manaus, la sudafricana y últimamente la de la India, han complicado su control.

Muchos países están ya en una tercera ola, y otros como Israel vacunan masivamente a su población, entre otras medidas de control que se espera puedan frenar la expansión del virus.

COVID-19 en el mundo

Los coronavirus han sido descritos desde hace varias décadas, y muchos cuadros de resfríos se han asociado a algunas de sus cepas [1,2].

La historia del COVID-19 empezó en la China, cuando en diciembre 2019 aparecieron en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, pacientes con cuadros de neumonía viral, que de manera coincidente se detectaron en el mercado mayorista de mariscos de Huanan. Posteriormente, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan dio a conocer casos similares en otros 27 pacientes; eso demostró que surgía una enfermedad emergente en China, y luego, gracias al avance de la

ciencia, los científicos de aquel país desarrollaron el genoma de este virus, así, el 7 de enero del 2020 lo enviaron a la Organización Mundial de Salud (OMS), la que lo denominó SARS-CoV-2; de ahí en adelante, los casos clínicos crecen y para el 12 de enero ya se tenía 1 723 casos. En víspera del Año Nuevo lunar, el gobierno chino decidió poner en cuarentena a millones de personas, recurriendo a severas medidas que aplicaron las fuerzas armadas en las calles ^[2].

El 30 de enero 2020, la OMS finalmente la cataloga como una emergencia mundial, con 7711 casos y 170 muertes, únicamente en China. Para el 31 de enero, la enfermedad ya había llegado a India, Filipinas, Rusia, España, Suecia, Inglaterra, Canadá, Emiratos Árabes Unidos y Estados Unidos de América ^[2].

El 9 de febrero, la OMS nombró a la enfermedad como COVID-19 ^[4,5]. Entre febrero y marzo se presentaron grandes brotes en Italia y España, que causaron el colapso de sus sistemas sanitarios, aplicando de manera tardía algunas medidas de contención como las cuarentenas. El 11 de marzo, la OMS declaró el COVID-19 como una pandemia, con 118 319 casos confirmados a nivel mundial ^[2,5], en las semanas siguientes esta pandemia se extendió rápidamente a nivel global, no pudiendo controlarse hasta la fecha.

Historia del COVID-19 en el Perú

En el Perú, luego que la OMS declaró a este nuevo brote como una emergencia de salud pública de importancia internacional, se inició una estricta vigilancia epidemiológica para detectarlo. El primer caso se reportó el 6 de marzo 2020, en un joven piloto de aviación peruano que estuvo en Europa (Francia y España, entre otros países), días antes de presentar los primeros síntomas. Seguidamente aparecieron más casos en Lima y otras regiones del país, su rápida propagación obligó al gobierno a decretar una emergencia sanitaria a nivel nacional y el cierre de fronteras desde el 16 de marzo de ese año ^[6,7], pero tal como ocurrió en China y en diversas naciones de Europa, la enfermedad fue creciendo de manera exponencial e incontrolable, lo que motivó al entonces presidente de la República, Martín Vizcarra Cornejo, la adopción de medidas radicales nunca antes vistas, como una cuarentena generalizada en todo el Perú, similar a lo que hizo China, entre otras disposiciones. Si bien al inicio la medida tuvo el apoyo de la población, al persistir por varios meses fue perdiendo vigencia, en la práctica se dejó de acatar, a lo que se sumó la grave insuficiencia de camas hospitalarias y de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) para atender a los numerosos pacientes, mientras tanto se producían muertes del personal de salud, policial, militar y de los propios ciudadanos, con lo cual se produjo el colapso del sistema sanitario peruano, de por sí ya muy deficiente.

Análisis de la primera ola: desde marzo hasta setiembre de 2020

La primera ola tuvo un comportamiento mundial muy variable, en muchos países de Europa, Asia y América duró entre dos a tres meses; en cambio en el Perú continuó por más tiempo hasta bajar de manera lenta y gradual entre agosto y octubre 2020.

Cabe destacar que esta pandemia, tan dura y cambiante, ha causado diversos problemas sociales, económicos y sanitarios en todo el mundo, tanto en los países ricos como en los más pobres, y el Perú no ha sido la excepción.

Desde su inicio en nuestro país, hubo falta de planificación y pasividad por parte de los responsables gubernamentales, ante esa situación el Colegio Médico del Perú (CMP) señaló de manera directa a la doctora Elizabeth Hinojosa Pereyra, ministra de Salud de ese entonces, que el presupuesto asignado para tan grave contingencia, que ascendía a 3 millones 700 mil soles, era exiguo y debía incrementarse de forma sustancial; otros planteamientos del CMP fueron que el plan de contención de la enfermedad debería tener un solo comando, activar una red nacional de laboratorios, y que se convoque a los equipos técnicos de especialistas, entre otras medidas, lo que obligó al gobierno de Vizcarra a dotar de mayores recursos económicos a esta emergencia.

Aunque se estableció que la Villa Panamericana de Lima recibiría a los pacientes COVID-19, entre otras disposiciones gubernamentales, el nuevo ministro de Salud, doctor Víctor Zamora Mesía, mantuvo una gran pasividad y no adoptó decisiones rápidas para enfrentar la falta de oxígeno en diversas regiones del país, situación que ocasionó muchas muertes; también hubo falta de medicamentos, carencia de una data nacional real sobre el número de infectados y fallecidos, además de marchas y contramarchas en diversas decisiones (extensas colas para cobrar los bonos COVID-19 en el Banco de la Nación, días diferenciados para las compras de víveres según el género, etc.).

El Consejo Nacional del CMP asumió su rol histórico y ante el colapso sanitario, realizó una serie de actividades en defensa de la salud pública y los pacientes, destacando la aprobación del uso de sus propios fondos económicos para los numerosos gastos de apoyo a la orden médica, y el establecimiento de un puente aéreo de emergencia en todo el Perú, que permitió salvar la vida de decenas de médicos, además se adquirieron equipos de protección personal (EPP) y medicamentos, entre otros.

Otro grave error en la estrategia durante esos diez meses fue el enfoque principalmente hospitalario para combatir la pandemia, si bien es importante y necesario, descuidó el primer nivel de atención comunitario, que siempre ha sido y será la mejor forma de contención de las pandemias ^[8].

También resultó muy lamentable la falta de una dotación oportuna de los EPP para el personal de salud y la baja calidad de los distribuidos, que ha causado hasta hoy la infección de miles de esos trabajadores con el virus, y habría contribuido a los centenares de médicos fallecidos. Otra falencia ha sido la incapacidad para prever y dotar de oxígeno a tiempo a los pacientes, siendo un elemento primordial para el tratamiento, y cuya carencia causó miles de muertos en casi todo el país. El saldo fue penoso, habiendo colapsado el sistema sanitario en la casi totalidad de las regiones del Perú, incluyendo a Lima y el Callao ^[8].

Ante la terrible situación que se inició en 2020, surgía la pregunta ¿qué queda a los médicos y al personal de salud del Perú, ante la carencia de vacunas?, sólo persistir en las medidas de bioseguridad y darles a los pacientes un mensaje de esperanza.

En marzo del 2020, en base a estudios in vitro, aparecieron muchas viejas y nuevas drogas que se podían usar para atacar este novedoso virus. Se iniciaron paralelamente los estudios clínicos que permitieron distinguir lo que podía servir o no, en el marco de una emergencia sanitaria. Se probaron varias medicinas como la cloroquina, hidroxiclороquina, ivermectina, remdesivir, favipirafir, tocilizumad, dexametazona, metilprednisolona, nitoxazánida, ibuprofen, lopinavir/ritonavir y el suero de convalecientes, entre otras ^[9,10].

Al igual que en diversas partes del mundo, en el Perú se empezaron a utilizar varias medicinas que ya eran conocidas, como la ivermectina, hidroxiclороquina y azitromicina, en base a esa experiencia clínica y las recomendaciones oficiales del comité de expertos del Ministerio de Salud (MINSa) ^[9,10,11,12], vigente de marzo de 2020 a marzo de 2021; miles de médicos las defendieron por los buenos efectos que demostraron.

Hoy, en mayo 2021, se sabe que no existe ninguna droga que cure el COVID-19, pero la ivermectina mostró en diversos estudios a nivel mundial que era capaz de detener al virus, así, poco a poco se fue usando en pacientes de riesgo como los diabéticos e hipertensos, apreciando que ayudaba a atenuar la enfermedad y evitar su agravamiento en cientos de ellos.

En ese marco de debate, el cual no ha concluido, algunas sociedades médicas científicas extranjeras y nacionales, incluyendo la propia OMS, tuvieron un rol que pecó de dogmático, al afirmar que no había ninguna medicina útil contra este virus y recomendaban solo esperar los estudios de la medicina basada en evidencias (MBE), a sabiendas que esta se construye a lo largo de los años, tal como ha sucedido históricamente en muchas enfermedades.

La ciencia es un proceso dinámico y en diez meses de iniciada la terrible pandemia es y era imposible tener un medicamento que cure, lo concreto es que nadie en el mundo tiene la verdad absoluta y lo que hicieron muchos médicos en el Perú y otros países es desarrollar importantes experiencias clínicas, usando las pocas armas que se tenían a disposición, en todo caso será la historia la que juzgará estos hechos.

Un tema aparte en esta problemática fue el mal empleo e interpretación de las pruebas de diagnóstico, si bien las moleculares son las ideales para el rastreo de los pacientes infectados, eran escasas en el mundo al inicio de la pandemia, requerían de instalaciones especiales y demoraban para entregar sus resultados. Por tal motivo, el gobierno peruano compró las pruebas serológicas rápidas, que solo detectaban los anticuerpos circulantes, que se difundieron ampliamente por la facilidad y rapidez en el diagnóstico, a pesar de los numerosos falsos negativos y positivos. Ha llegado la hora de cambiar ese método por las nuevas pruebas antigénicas, disponibles desde diciembre de 2020 ^[4].

No se puede dejar de señalar que en esta calamidad salió a luz la incapacidad de muchas autoridades regionales, como las de Arequipa y Loreto, para el manejo integral de la pandemia. Otra debilidad de la estrategia del gobierno fue y es la carencia de mensajes adecuados de comunicación para comprometer a la población en la lucha contra esta enfermedad, y no solo decir de manera pasiva “quédate en casa”, sabiendo que millones son pobres, no tienen casas o viven hacinados en cuartos insalubres ^[8].

El rol de la sociedad civil lamentablemente también fue muy escaso, salvo la participación de algunos sectores religiosos, ciertas empresas, Organizaciones No Gubernamentales (ONG), y colectivos ciudadanos, la gran mayoría se confinó en sus casas u oficinas. Lastimosamente aparecieron ciertos opinólogos, algunos de los cuales eran médicos que residían tanto dentro como fuera del Perú, y otros no médicos, que un día decían “no uses mascarilla” y al otro día afirmaban lo contrario o señalaban que esta enfermedad “no iba a llegar al Perú y si llegaba sería una simple gripe, que se controlaría solo con paracetamol o calditos”, opiniones que muchas veces crearon confusión en los mensajes de prevención y control que elaboró el MINSa, lo que motivó que mucha gente se automedique con todo tipo de drogas ^[8,13].

El CMP desde el principio de esta pandemia enarboló la frase “Ni pánico ni pasividad, realismo”, que refleja su actuación hasta ahora. Aportó ideas y realizó críticas constructivas a los gobiernos de turno, ello le trajo ataques injustos por algunos sectores, pero con el transcurrir del tiempo se demostró que sus sugerencias fueron oportunas y adecuadas, como por ejemplo el sinceramiento de la data de infectados y muertos, y más recursos económicos para la adquisición de las pruebas moleculares, plantas de oxígeno y EPP, entre otros.

En noviembre de 2020, culminada la primera ola de la pandemia, hubo cambios políticos, así, Francisco Sagasti fue nombrado presidente de la República, quien ratificó a la doctora Pilar Mazzetti Soler como ministra de Salud, fue en esas circunstancias que el CMP planteó y ratificó una serie de acciones integrales para enfrentar la epidemia y en especial la segunda ola ^[14].

Poco después algunas regiones del país reportaron el incremento de nuevos casos de COVID-19, un preludio que se aproximaba la segunda ola, pero el nuevo gobierno hizo oídos sordos a

los llamados de mayor prevención, abrió más la economía, lo que sumado a la congestión de personas en los centros comerciales y mercados y visitas por las fiestas navideñas, contribuyó a la extensión y gravedad de esta ola en todas las regiones, de manera rápida y explosiva.

Balance de la segunda ola

Esta segunda ola que empezó en diciembre 2020 y continúa al 6 de mayo del 2021, sigue afectando a gran parte de la población en el país, es totalmente atípica, de contagio mucho más rápido y con secuelas más severas que la primera. Ahora se observa a muchos jóvenes pacientes con cuadros clínicos más graves, varios hospitales están cerrando sus emergencias porque están al borde del colapso, y existe una clamorosa carencia de oxígeno, mientras la gente en las calles está desesperada y reclama auxilio porque falta todo.

Dicho gobierno ha tenido errores de concepción en el plan de control de la pandemia, porque las medidas iniciales fueron insuficientes, no se previno la gran magnitud de esta ola, y cuando las cosas se agravaron se aplicó tardíamente las medidas de contención. Muestra de ello es que recién en las últimas semanas de enero y las primeras de febrero de 2021 se planteó una nueva cuarentena generalizada en nueve regiones, incluyendo Lima y Callao, disposición no solo mal planteada sino que además la población no acata. Por eso se le denominó como una “cuarentena chicha”.

Las medidas fueron gradualistas, sin tener claridad de la grave situación de colapso del sistema de salud, incluso poco tiempo antes su ministro de Economía y Finanzas negaba la segunda ola; Es bueno recordar que en la primera ola, la cuarentena generalizada funcionó las primeras cuatro a seis semanas, pero luego fracasó porque una gran parte de la población vive del día a día, debido a que el Perú es un país en que el 70 % de la economía es informal.

Desde el CMP y otras instancias, se ha señalado que cualquier medida única en esta etapa u otra, no sirve. Las medidas deben ser integrales, con la participación de todos y eso no se está dando. Lo que se requiere para atenuar esta ola imparable es el control comunitario integral, con personal de salud protegido, con dotación de oxígeno, pulsioxímetros y pruebas antigénicas rápidas, el aislamiento de los nuevos infectados en hoteles y locales comunales, alimentos para los comedores populares y medicinas aprobadas en las guías del MINSA, baratas y eficaces, con la recomendación prescrita por el médico tratante y usadas en forma racional por los pacientes.

Además, han reaparecido los problemas de siempre porque arrastramos una grave crisis sanitaria de más de cuatro décadas, a los que se añaden las deficiencias en la gestión del gobierno anterior y actual, sumadas a las de los gobiernos regionales. Era previsible, entonces, la falta de camas hospitalarias y de UCI, entre otras carencias, a esto se agrega la falta de mensajes de comunicación efectivos para ganar a la población, que tampoco colabora. Se aprecia que

la ciudadanía está cansada y ha bajado la guardia, además de la existencia de una crisis de los valores éticos y morales.

La llegada inicial de 300 mil dosis de la vacuna del laboratorio chino Sinopharm contra el COVID-19, fue una buena noticia porque reforzaba el primer frente de batalla, siendo aplicadas al personal sanitario y las poblaciones vulnerables, pero por una mala gestión al 5 de mayo de 2021 recién se han vacunado un poco más de un millón de peruanos ^[15].

Las vacunas, históricamente, son la mejor arma de la ciencia contra las enfermedades y han salvado millones de vidas. Para el COVID-19 existen varias cuya eficacia basada en numerosos estudios varía de 70 a 95 %. Otra noticia de estos días es que unos 20 millones de nuevas dosis de vacunas llegarían a nuestro país entre fines de mayo y julio, según reciente información emitida por el actual gobierno.

No obstante, no es la única arma que se tiene, las clásicas medidas de bioseguridad deberán mantenerse, más aún cuando falta conocer el comportamiento de este virus y sus mutaciones. Otra medida clave para combatir la enfermedad es entender que muchas personas se contagian en sus casas, por eso, cuando haya un caso sospechoso con los síntomas conocidos, debe ser aislado en hoteles y locales por 14 días y no esperar confiados los resultados de las pruebas de diagnóstico, porque mientras tanto estaría contagiando al resto de la familia; dado el alto poder de contagio de las nuevas cepas, también es recomendable el uso de la doble mascarilla y los visores en lugares públicos.

Es importante subrayar que los síntomas iniciales deben ser monitoreados por el personal de salud o a través de la telemedicina, que permitan detectarlos en forma precoz, al igual que los signos de gravedad, muchas veces totalmente atípicos.

También es importante que se desarrolle una gran campaña informativa para que la ciudadanía esté dispuesta a inmunizarse, aclarando las dudas y temores que un sector tiene sobre los beneficios de vacunarse.

Retos para el Bicentenario

Estamos llegando al bicentenario de la República, y hoy más que nunca la salud es un tema urgente a resolver, el nuevo gobierno deberá enfrentarlo como un tema prioritario.

El primer reto es iniciar una profunda y auténtica reforma de la salud, que permita a su vez salir de la crisis estructural; mientras ello ocurra es básico el incremento sustancial del presupuesto en salud (6 % del Producto Bruto Interno), fundamental para crear un nuevo sistema que tenga como ejes la integración y la universalización de la salud como un derecho de todo ciudadano.

Un segundo reto es tener más recursos humanos en salud, solo en lo que respecta a la orden médica faltan 11 mil especialistas en el país, también deben cambiar las condiciones laborales, que son muy precarias, casi nadie quiere ir a trabajar a las provincias porque se les retribuye con un sueldo sin seguro de ninguna clase, aún en plena epidemia.

El tercer reto es contar con un presupuesto adecuado para la investigación, la pandemia ha desnudado las falencias en este rubro, la investigación es fundamental no solo para generar conocimientos, sino que estos sirvan para la innovación y el desarrollo, que tanta falta nos ha hecho (medicinas, vacunas, aparatos, pruebas de laboratorio, etc.), así por ejemplo no era posible que existiera un único laboratorio de diagnóstico para el COVID-19, ubicado en el Instituto Nacional de Salud en Lima, por ello se debe fortalecer una red nacional de laboratorios que cuente con la participación de las universidades y las ONG, entre otros.

Un aspecto clave en la problemática del sector salud es recuperar el rol rector del MINSa, se trata de un tema vital dentro de la reforma integral de salud. Se debe reevaluar el tema de la regionalización de la salud, en muchas partes este proceso ha fracasado por la mala gestión y la corrupción.

ORCID

Ciro Maguiña Vargas, <https://orcid.org/0000-0002-2531-2022>

Jorge González Mendoza, <https://orcid.org/0000-0002-2278-9589>

Referencias bibliográficas

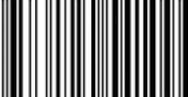
1. Maguiña-Vargas C, Gastelo R, Tequen A. Nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Rev Med Hered*. 2020; 3:125-31. doi: 10.20453/rmh.v3i12.377.
2. Pulcha-Ugarte R, Pizarro-Lau M, Gastelo-Acosta R, Maguiña-Vargas C. ¿Qué lecciones nos dejará el Covid-19?: Historia de los nuevos coronavirus. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2019;33(2):68-76. doi: <https://doi.org/10.36393/spmi.v33i2.523>
3. Ministerio de Salud. Minsa: Perú llegó hoy a los dos millones de vacunas aplicadas contra la COVID-19. Lima: Ministerio de Salud; 2021. [Consultado: 12 may 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/qu/institucion/minsa/noticias/491931-minsa-peru-llego-hoy-a-los-dos-millones-de-vacunas-aplicadas-contra-la-covid-19>
4. Sociedad Suiza de Radiotelevisión. Balance mundial de la pandemia de coronavirus el 1 de mayo a las 10H00 GMT. Berna: Sociedad Suiza de Radiotelevisión; 30 de abril del 2021. Disponible en: <https://www.swissinfo.ch/spa/afp/balance-mundial-de-la-pandemia-de-coronavirus-el-1-de-mayo-a-las-10h00-gmt/46579504>
5. Organización Panamericana de la Salud. La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2020. [Consultado: 11 mar 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
6. Maguiña-Vargas C. Reflexiones sobre el Covid-19, el Colegio Médico del Perú y la salud pública. *Acta Med Peru*. 2020; 37(1):8-10. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.929>
7. Presidencia de la República. Decreto supremo N° 044-2020-PCM. Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19. Lima: Diario Oficial El Peruano; 2020. [Consultado: 11 mar 2021]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-declara-estado-de-emergencia-nacional-po-decreto-supremo-n-044-2020-pcm-1864948-2/>
8. Maguiña-Vargas C. El Covid-19 en el Perú. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2020; 33(4):129-31.
9. Maguiña-Vargas C, Palacios-Celi M. El manejo del Covid-19: un dilema entre la ciencia y el arte terapéutico. *Acta med. Peru*. 2020; 37(2):228-30. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.372.1028>
10. Soto A. El uso de drogas sin efecto demostrado como estrategia terapéutica en Covid-19 en el Perú. *Acta Med Peru*. 2020; 37(3):255-7. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.373.1548>
11. Ministerio de Salud del Perú. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por Covid-19 en el Perú. Resolución Ministerial N° 193-2020-MINSA. Lima: MINSa; [Consultado: 13 oct 2020]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/473575-193-2020-minsa>.
12. Ministerio de Salud del Perú. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por Covid-19 en el Perú. Resolución Ministerial N° 270-2020-MINSA. Lima: MINSa; [Consultado: 8 may 2020]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/563764-270-2020-minsa>
13. RPP Noticias. MINSa advierte que la automedicación puede agravar la salud de pacientes con Covid-19; [Consultado: 31 ago 2020]. Disponible en: <https://rpp.pe/peru/actualidad/coronavirus-en-peru-minsa-automedicacion-puede-agravar-la-salud-de-pacientes-con-covid-19-noticia-1289838>).
14. Colegio Médico del Perú. El CMP exige al gobierno una real y adecuada preparación del sistema de salud para enfrentar la segunda ola. Lima: Colegio Médico del Perú; 2020. [Consultado: 28 oct 2020]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2020/10/web-Comunicados-N73-28-10-2020.png>
15. Gestión. Más de 1 millón 212,000 peruanos fueron vacunados contra el coronavirus; (Consultado: 5 may 2021). Disponible en: <https://gestion.pe/peru/covid-19-mas-de-un-millon-212-mil-peruanos-fueron-vacunados-contra-el-coronavirus-nndc-noticia/>

CONSEJOS REGIONALES DEL COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ

Dr. Wilmar Gutiérrez Portilla	CONSEJO REGIONAL I LA LIBERTAD
Dr. Luis Runciman Soplin	CONSEJO REGIONAL II IQUITOS
Dr. Pedro Ruiz Chunga	CONSEJO REGIONAL III LIMA
Dr. Wilbert Barzola Huamán	CONSEJO REGIONAL IV HUANCAYO
Dr. Javier Gutiérrez Morales	CONSEJO REGIONAL V AREQUIPA
Dr. Carlos Gamio Vega Centeno	CONSEJO REGIONAL VI CUSCO
Dr. Arnaldo Lachira Alban	CONSEJO REGIONAL VII PIURA
Dr. Manuel Soria Alvarado	CONSEJO REGIONAL VIII CHICLAYO
Dr. Julio Torres Chang	CONSEJO REGIONAL IX ICA
Dra. Danitza Del Carpio Velazco	CONSEJO REGIONAL X HUÁNUCO
Dr. Orlando Handabaka Castro	CONSEJO REGIONAL XI HUARAZ
Dr. Benjamín Núñez Espinel	CONSEJO REGIONAL XII TACNA
Dr. Favio Sarmiento López	CONSEJO REGIONAL XIII PUCALLPA
Dr. Vidmard Mengoa Herrera	CONSEJO REGIONAL XIV PUNO
Dr. Anderson Sánchez Sotomayor	CONSEJO REGIONAL XV SAN MARTÍN
Dra. Doris De La Cruz Prado	CONSEJO REGIONAL XVI AYACUCHO
Dr. Pedro Lovato Ríos	CONSEJO REGIONAL XVII CAJAMARCA
Dr. Henry Mendoza Cabrera	CONSEJO REGIONAL XVIII CALLAO
Dr. Luis Johanson Arias	CONSEJO REGIONAL XIX CHIMBOTE
Dr. Manuel Rueda Camana	CONSEJO REGIONAL XX PASCO
Dr. William Pinto Samanez	CONSEJO REGIONAL XXI MOQUEGUA
Dr. José Romero Donayre	CONSEJO REGIONAL XXII APURÍMAC
Dra. Rina Bejarano Tafur	CONSEJO REGIONAL XXIII TUMBES
Dra. Yanet Yachi Fierro	CONSEJO REGIONAL XXIV HUANCAVELICA
Dr. Richard Flores Malpartida	CONSEJO REGIONAL XXV AMAZONAS
Dra. Emperatriz Morales Valdivia	CONSEJO REGIONAL XXVI MADRE DE DIOS
Dr. Victor Rojas Polo	CONSEJO REGIONAL XXVII LIMA PROVINCIAS



ISBN: 978-612-45410-9-4



9 786124 541094