

HISTORIA DE LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DEL PERÚ (1964-1985) ANTECEDENTES, DESARROLLO Y COMENTARIOS

CARLOS BUSTÍOS ROMANÍ
PEDRO DÍAZ URTEAGA





HISTORIA DE LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DEL PERÚ (1964-1985)

ANTECEDENTES, DESARROLLO Y COMENTARIOS

Lima - Perú
Noviembre - 2019

Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud

Historia de la Escuela de Salud Pública del Perú (1964-1985): Antecedentes, desarrollo y comentarios / Bustíos Romaní, Carlos; Díaz Urteaga, Pedro -- Lima: MINSA; 2019. 129 p.; ilus.

HISTORIA DE LA MEDICINA / HISTORIA DEL SIGLO XX / INSTITUCIONES ACADÉMICAS / ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA / FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS / CAPACITACIÓN RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2019-06272

“Historia de la Escuela de Salud Pública del Perú (1964-1985): Antecedentes, Desarrollo y Comentarios”

Ministerio de Salud. Dirección General de Personal de la Salud (MINSA / DIGEP)

Autores:

Dr. Carlos Bustíos Romaní, Profesor Principal, UNMSM / ex Director General, Escuela de Salud Pública del Perú
Dr. Pedro Díaz Urteaga, Ejecutivo Adjunto I de la Dirección General de Personal de la Salud / ex Director Adjunto de la Escuela Nacional de Salud Pública

Revisión de Estilo:

Lic. Alicia Ríos Terrones, Responsable de la Biblioteca-BVS, MINSA/OGTI/OGEI

Diseñador Gráfico

Téc. José Alexander La Rosa Colán

© MINSA, noviembre, 2019

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801, Lima 11-Perú

Telf.: (51-1) 315-6600

<http://www.minsa.gob.pe>

webmaster@minsa.gob.pe

Primera edición, 2019

Tiraje: 1,000 unidades

Impreso en : Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801, Lima 11 - Perú

Telf.: (51-1) 315-6600 - Anexo 2016

E-mail: webmaster@minsa.gob.pe



MINISTERIO DE SALUD

Dra. Elizabeth Zulema Tomás Gonzáles
MINISTRA DE SALUD

Dr. Gustavo Martín Rosell De Almeida
VICEMINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Dr. Óscar Alfredo Broggi Angulo
VICEMINISTRO DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD

Sra. Abogada Sigrid Concepción Reyes Navarro
SECRETARIA GENERAL

Dra. Norka Rocío Guillén Ponce
DIRECTORA GENERAL
DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAL DE LA SALUD

Dr. Luis Seminario Carrasco
DIRECTOR GENERAL
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

PRESENTACIÓN

Es para la Dirección General de Personal de la Salud del Ministerio de Salud del Perú, una gran satisfacción presentar el libro “Historia de la Escuela de Salud Pública del Perú (1964–1985) Antecedentes, Desarrollo y Comentarios”, el mismo que posee un gran valor sanitarista y en el que sus autores Carlos Bustíos Romaní y Pedro Díaz Urteaga, exdirectores de la Escuela, han vertido sus conocimientos y experiencia, recreando el devenir histórico de la Escuela, desde su creación.

El libro que presentamos, es el resultado de la sistematización de aspectos históricos fundamentales del país y del extranjero para contextualizar el origen y procesos históricos de la Escuela; utilizando imágenes y relatos que entrelazan el proceso pasado-presente y perspectiva de futuro; algunos de estos materiales han sido recopilados de archivos históricos, fotográficos y publicaciones de la época. La obra tiene una estructura formal basada en capítulos y subcapítulos, que son escenarios analizados de las etapas históricas de reconstrucción de la Escuela de Salud Pública del Perú y de cómo responde el Estado en los diversos periodos a la progresiva expansión de los servicios de salud y a la necesidad de formación y capacitación en salud pública. Igualmente, los autores comparten el interés de entender la salud pública peruana a partir de la historia de la Escuela de Salud Pública del Perú, logros y tensiones de cada periodo y las posibilidades y desafíos que ofrecen para el futuro de la salud pública peruana.

La Escuela de Salud Pública del Perú, se ha constituido como una organización relevante para la salud de la población, que busca generar y fortalecer estrategias para mejorar la salud pública, a partir del uso del conocimiento necesario en las intervenciones sobre la realidad sanitaria, fortaleciendo la gestión institucional y contribuyendo efectivamente al desarrollo de la formación y capacitación en salud pública de profesionales y técnicos en salud y del sistema de salud peruano.

Asimismo, la producción del libro, constituye un homenaje de reconocimiento a todos los que, con sus ideas, acciones y trabajo perseverante han ayudado a mantener la formación de profesionales en salud pública.

Consideramos, que esta obra por su esmerada y prolija redacción, constituye un real aporte intelectual, social y salubrista y merece ser recomendada a los profesionales de salud pública y a los gestores en salud, como un aporte para el análisis crítico, proactivo y de calidad, acerca de la formación sanitarista y del sistema nacional de salud.

Dra. Norka Rocío Guillén Ponce

Directora General
Dirección General de Personal de la Salud
Ministerio de Salud del Perú

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	09
Acrónimos y siglas	11
PRIMER CAPÍTULO: CONSIDERACIONES PREVIAS	13
1. Salud Pública en el mundo occidental al inicio del siglo XX	14
Inicios de la salud pública y la medicina estatal en el siglo XIX	
Medicina y Salud Pública al inicio del siglo XX	
2. Profesionalización de la Salud Pública en América	17
El Informe Flexner	
El Informe Welch-Rose	
3. Profesionalización de la Salud Pública en Perú	20
Escala Sanitario y la Escuela de Médicos Sanitarios en el Perú: 1935-1945	
Estatuto y Escala del Servicio Civil y las profesiones médicas: 1950-1968	
Creación del Instituto de Medicina Social	
SEGUNDO CAPÍTULO: CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DE PERSONAL SANITARIO PERUANO EN EL EXTRANJERO: 1935-1964	24
1. Capacitación en el extranjero, de especialistas en salud pública peruanos: 1935-1964	25
El contexto peruano	
Ausencia de condiciones internas para la formación de especialistas en salud pública	
Becas internacionales para la capacitación en Salud Pública: 1935-1964	
2. Resultados de la capacitación en el extranjero	28
Limitaciones cuantitativas	
Limitaciones cualitativas	
Recomendaciones de las escuelas de salud pública de América Latina	
TERCER CAPÍTULO: CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DE PERSONAL SANITARIO EN EL PERÚ ANTES DE LA CREACIÓN DE LA ESPP	32
1. En el Servicio Departamental de Salud de Ica: 1945-1952	33
2. En el Centro de Medicina Preventiva del Rímac: 1945-1962	34
3. En Institutos de Enfermería: 1954-1961	35
Instituto Nacional de Enfermería: 1954-1957	
Instituto de Posgrado de Enfermería: 1958-1961	
4. En el Programa de Capacitación de Personal de Salud Pública: 1961-1964	36
Creación y operación del Programa	
Proyecto del Plan de Capacitación de Personal de Salud Pública	
5. Formación de Ingenieros Sanitarios en el Perú	40
6. Formación de personal técnico y auxiliar de salud en el Perú	41
Personal técnico de salud y sus auxiliares	
Auxiliares de Enfermería	
7. Situación del sanitarista peruano en el año 1964	42

CUARTO CAPÍTULO: CREACIÓN E INICIOS DE LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DEL PERÚ COMO DEPENDENCIA DEL SESP: 1964-1968	45
1. El contexto nacional: 1964-1968	46
Contexto general	
Contexto sectorial	
2. Base legal y organización de la ESPP: 1964-1968	48
3. Capacitación a profesionales en la ESPP: 1964-1968	49
4. Formación y adiestramiento a personal sanitario no profesional en la ESPP: 1964-1968	51
5. Investigación y colaboración en la ESPP: 1964-1968	52
6. Recursos de la ESPP: 1964-1968	53
7. Congresos Nacionales de Salud Pública y la ESPP	54
QUINTO CAPÍTULO: LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DEL PERÚ COMO ORGANISMO DE APOYO DEL MINSA: 1969-1980	56
1. El contexto nacional: 1969-1980	57
Contexto general	
Contexto administrativo	
Contexto sectorial	
2. Base legal y organización de la ESPP como organismo de apoyo del MINSA: 1969-1980	61
Cambios en la base legal	
Organización	
Objetivos	
3. Capacitación postgrado en la ESPP: 1969-1980	63
Cursos de salud pública multiprofesionales	
Cursos de salud pública dirigidos a determinados profesionales	
Administración de la Salud y de la formación del personal	
Cursos post-básicos y de actualización en otros campos de la salud pública	
Apoyo al desarrollo de la planificación sectorial	
4. Postgrado internacional en la ESPP: 1969-1980	65
Cursos internacionales de planificación de la salud	
Otras actividades académicas internacionales	
5. Formación y adiestramiento a personal sanitario no profesional en la ESPP: 1969-1980	67
6. Participación de la ESPP en la Reforma de la Educación	68
La Escuela y la Ley General de Educación de 1972	
Reconocimiento del rango universitario de la Escuela de Salud Pública	
7. Investigación y difusión del conocimiento: 1969-1980	71
8. Participación de la ESPP en la Reforma de la Salud	72
9. La ESPP y la estrategia de atención primaria: 1978-1980	74
10. Recursos de la ESPP: 1969-1980	75
SEXTO CAPÍTULO: LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DEL PERÚ COMO ÓRGANO DE APOYO DEL MINSA Y CON RANGO UNIVERSITARIO	77
1. El contexto nacional: 1980-1985	78
Contexto general	
Contexto administrativo	
Contexto sectorial	

2.	Base legal y organización de la ESPP como órgano de apoyo del MINSA y con rango universitario	81
	Ratificación como órgano de apoyo con rango universitario	
	Organización	
	Objetivos, funciones y lineamientos	
3.	Capacitación postgrado en la ESPP: 1981-1985	83
	Cursos de orientación y capacitación básica en salud pública	
	Cursos de educación continua en salud pública	
4.	Programa de Maestría en Salud Pública	84
	Primer Programa de Maestría	
	Segundo Programa de Maestría	
5.	Formación y adiestramiento de personal sanitario no profesional en la ESPP: 1981-1985	87
6.	Investigación y difusión del conocimiento: 1981-1985	88
7.	El subsistema de capacitación del MINSA y la nueva Ley General de Educación: 1982-1985	90
8.	La ESPP y la estrategia de atención primaria: 1981-1985.	90
9.	Recursos de la ESPP: 1981-1985	92
10.	Evaluación de la ESPP con apoyo de la OPS/OMS: 1984	93
	Acuerdo Gobierno Peruano-OPS/OMS	
	Evaluación interna	
	Evaluación externa y conclusiones finales	
	Plan de Capacitación en Salud Pública para 1985-1990	
11.	Conversión formal de la ESPP en la Escuela Nacional de Salud Pública	97
12.	Propuesta para el desarrollo y fortalecimiento de la ENSAP	98
SÉPTIMO CAPÍTULO: COMENTARIOS		101
1.	Síntesis y significado de la ESPP	102
2.	Sobre el desarrollo de la ENSAP entre 1985-2013	103
3.	Reactivación de la ESPP ahora denominada ENSAP	105
REFERENCIAS UTILIZADAS		107
ANEXO: Información sobre los Directores Generales de la ESPP		111

INTRODUCCIÓN

El interés teórico o normativo por el pasado de una organización social se explica y se legitima por un interés práctico de comprender las causas de su problemática presente, con el propósito de contribuir en la construcción de un mejor futuro de esa organización. Es en este sentido, que esta publicación ha sido concebida, desde hace algunos años, como un primer relato historiográfico de la labor pionera y de los aportes de la Escuela de Salud Pública del Perú, entre los años 1964 y 1985, en la construcción de las bases de la institucionalización de la formación y capacitación del personal de salud pública en el país. Relato que adquirió, a partir del final del año 2013, una especial importancia práctica cuando las autoridades políticas pertinentes ordenaron la reactivación de la Escuela de Salud Pública del Perú, ahora denominada Escuela Nacional de Salud Pública, como un objetivo estratégico esencial en el proceso de reforma del sistema nacional de salud.

Por otra parte, resulta conveniente destacar que en el proceso de elaboración de esta publicación se ha logrado recuperar, compilar y ordenar información de escasa difusión bibliográfica sobre hechos vinculados con los antecedentes y el devenir de la Escuela de Salud Pública del Perú, que incluye la procedente de testimonios inéditos de actores o testigos privilegiados de tales hechos. Información y testimonios que luego de ser socializados fortalecerán la aún debilitada memoria histórica de nuestro pasado sanitario nacional.

De manera concordante con lo expresado, en los párrafos anteriores, el contenido de esta publicación está estructurado en siete capítulos. En el primero, se presentan las consideraciones previas sobre la Salud Pública y su profesionalización. En los capítulos segundo y tercero, se trata sobre la capacitación y formación del personal sanitario peruano en el extranjero y en nuestro país, antes de la creación de la Escuela de Salud Pública del Perú. En los capítulos cuarto, quinto y sexto, se transita a lo largo de veintiún años de la historia de la Escuela, fundada el 1964, mostrando los aspectos más relevantes de su organización y quehacer institucional en tres períodos que se distinguen formalmente en su devenir: como dependencia del Servicio Especial de Salud Pública (1964-1968), como organismo de apoyo del Ministerio de Salud (1969-1980), y como órgano de apoyo con rango universitario del Ministerio de Salud (1980-1985). Finalmente, en el séptimo y último capítulo se presenta la síntesis, comentarios y reflexiones sobre los contenidos de los anteriores capítulos; así como, información y comentarios sobre el desarrollo de la Escuela Nacional de Salud Pública y del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos entre 1985-2013, y el reciente proceso de reactivación de la Escuela de Salud Pública del Perú.

Los autores agradecen de manera especial a la Dra. Claudia María Teresa Ugarte Taboada, actual Vice Ministra de Salud Pública del MINSA y al Dr. José Luis Seminario Carrasco, Director General de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), su respaldo inmediato y generoso a la edición de la presente publicación.

ACRÓNIMOS Y SIGLAS

AID	Agencia Internacional para el Desarrollo
ALAES	Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública
ASPEFAM	Asociación Peruana de Facultades de Medicina
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
BPS	Bachiller del Área Profesional de Salud
CAEM	Centro Académico de Estudios Militares del Perú
COAP	Centro de Asesoramiento de la Presidencia de la República
CONAREME	Consejo Nacional de Residentado Médico
CONCYTEC	Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación
CONHU	Convenio Hipólito Unanue
CONUP	Consejo Nacional de la Universidad Peruana
CPLGS	Comisión de Proyecto Ley General de la Salud
CPPS	Centro Panamericano de Planificación de la Salud
ENSAP	Escuela Nacional de Salud Pública
ESEP	Escuelas Superiores de Educación Profesional
ESPP	Escuela de Salud Pública del Perú
FMI	Fondo Monetario Internacional
FR	Fundación Rockefeller
GBH	General Board of Health
GRFA	Gobierno Revolucionario de la Fuerza Armada
IDREH	Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos
INP	Instituto Nacional de Planificación
IST	Instituto Superior Tecnológico
MINSA	Ministerio de Salud
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
SECIGRA	Servicio Civil de Graduandos
SCISP	Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública
SERUMS	Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud
SESP	Servicio Especial de Salud Pública
SSE	Seguro Social del Empleado
UNASUR	Unión de Naciones Suramericanas
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UNMSM	Universidad Nacional Mayor de San Marcos
UPCH	Universidad Peruana Cayetano Heredia
USAID	Agencia de Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional

PRIMER CAPÍTULO: CONSIDERACIONES PREVIAS



**Charles Edward Amory Winslow
(1877 - 1957)**

Micólogo, bacteriólogo y experto en Salud Pública y, de acuerdo a la Encyclopedia of Public Health, "una figura seminal en la salud pública, en su propio país, y en el mundo occidental en general". Es reconocido como uno de los principales innovadores en el desarrollo de la Salud Pública. En 1915, fundó el Departamento de Salud Pública, en la Escuela de Medicina de Yale y fue profesor y presidente del Departamento hasta su jubilación en 1945. En el año 1920, hacía una definición de la "salud pública" que es considerada clásica en la historia sanitaria y que aún mantiene, en gran parte, su vigencia.

(Fuente: Internet)

**William Henry Welch
(1850 -1934)**

Médico, patólogo, bacteriólogo y administrador estadounidense. Formado en su país y en Europa con las principales figuras alemanas del momento, llevó a los Estados Unidos la investigación experimental en fisiología, patología y bacteriología a la vez que contribuía a desarrollar centros docentes y planes de enseñanza según el modelo alemán. Fue uno de los "Cuatro Grandes" profesores fundadores del Hospital Johns Hopkins. Primer decano de la Escuela de Medicina Johns Hopkins y director fundador de la Escuela de Higiene y Salud Pública Johns Hopkins, la primera escuela de salud pública en América. De 1901 a 1933 fue presidente fundador de la Junta de Directores Científicos del Instituto Rockefeller de Investigación Médica. En su vida fue llamado el "Decano de Medicina estadounidense" y recibió múltiples premios y honores durante su vida y de manera póstuma.

(Fuente: Internet)



1. SALUD PÚBLICA EN EL MUNDO OCCIDENTAL AL INICIO DEL SIGLO XX

Inicios de la salud pública y la medicina estatal en el siglo XIX

La historia del hombre nos muestra que toda la vida social responde a y deriva a ciertas necesidades humanas, y que todas sus prácticas o acciones sociales para satisfacerlas están fuertemente interrelacionadas y dependen unas de otras. Esta misma historia nos informa, desde sus inicios, sobre la existencia de un comportamiento del hombre compatible con su percepción de que mejorar o conservar la salud – entendida como ausencia de enfermedad o de incapacidad – es una de sus necesidades básicas que debe satisfacer para garantizar su supervivencia y posibilitar su desarrollo como ser humano. Como respuesta colectiva a esta necesidad básica, el hombre organizó y desarrolló una práctica social particular dirigida al cuidado de la salud poblacional que desde mediados del siglo XIX estamos denominando “salud pública”.

El primer concepto de “salud pública”, entendido como una responsabilidad estatal del cuidado de la salud poblacional, surgió en Inglaterra a mediados del siglo XIX, cuando se incorpora el interés colectivo o social a los asuntos del Estado moderno. Sin duda que la Revolución Francesa y la Revolución Industrial jugaron un papel importante en esta incorporación. En el primer caso, por aportar una nueva concepción del Estado y de la condición de ciudadanía; en el otro caso, por su impacto negativo inicial sobre las condiciones de salud de la población, al mismo tiempo que por su creciente necesidad de trabajadores en el área urbana. De manera más específica, su origen se puede explicar como un resultado de la convergencia y complementación, en el contexto europeo, de las ideas y las normas desarrollados a través de cuatro procesos: (i) el experimento social liberal de la Revolución Francesa; (ii) el progreso de una Higiene Pública que estudia las relaciones de las condiciones espaciales y sociales con las condiciones de salud de las poblaciones; (iii) el utilitarismo de Bentham en Inglaterra, que estableció las bases de la administración pública sanitaria; y, (iv) la policía médica alemana, precursora política de la medicina estatal británica [1].

Es en ese contexto revolucionario europeo del siglo XIX, que el 31 de agosto de 1848 se expidió en Gran Bretaña la Ley de Salud Pública (Public Health Act). Norma elaborada a partir del Informe de un Comité oficial presidido por el abogado Edwin Chadwick, discípulo de J. Bentham. El rasgo principal e inédito de esta nueva Ley, núcleo de la “salud pública” moderna, es el de reconocer que la protección de la salud de los ciudadanos es una responsabilidad del Estado, que debe ser cumplida a través de acciones dirigidas por una entidad gubernamental – la General Board of Health (GBH) –, con la autoridad suficiente para controlar aquellas situaciones sanitarias que requerían la participación del Gobierno Central. La Ley también establece la posibilidad de que, por mandato de la GBH, se crearan las Oficinas Locales de Salud. Con la aplicación de esta norma, también aparece la figura del Oficial Médico de Salud (Medical Officer of Health), que debe recibir una capacitación especializada para cumplir sus funciones sanitarias. La primera autoridad central del GBH estuvo constituida por tres hombres de leyes, uno de ellos era E. Chadwick que, además, era el único asalariado [2].

En 1856, el médico Henry Rumsey publicó una serie de Ensayos on State Medicine, cuyos contenidos estaban dirigidos a señalar las debilidades iniciales de la GBH en Inglaterra,

enfaticando que ellas se debían a que su diseño y operación estaban bajo la responsabilidad de tres abogados, sin ninguna guía médica. De acuerdo a su opinión, ellos tenían una visión parcial del cuidado de la salud y que, por ende, su sistema de prevención partía de una “idea sanitaria” limitada, basada en una simple generalización de los problemas del ambiente físico y que, por lo tanto, sólo incluía acciones de eliminación de las inmundicias del medio urbano. De manera diferente, el sistema de prevención médica incluía, en su opinión, no solamente a dichas acciones, sino también a las vinculadas con las prácticas insalubres y antihigiénicas de la población en la vivienda, las factorías y los establecimientos públicos. Rumsey reclamaba que la prevención médica actuara de manera comprensiva y simultánea contra las numerosas causas de la enfermedad, utilizando el arsenal disponible para la eliminación de las mismas. Se refería a los métodos de control de las enfermedades transmisibles por contacto, así como de la contaminación del ambiente; al aislamiento de los sufrientes, la desinfección sistemática, la vacunación antivariólica, etc. Además, elaboró un esquema administrativo de prevención de la enfermedad, comenzando con oficiales médicos permanentes, y un servicio cívico de oficiales médicos de salud a través de los gobiernos locales distritales [3].

El rápido incremento de los requerimientos de funcionarios médicos especializados en medicina estatal para ocupar los cargos ofertados por la GBH y las autoridades de las ciudades y distritos de Inglaterra, así como el hecho que la Public Health se había convertido en un tema de interés académico, provocó el surgimiento de una nueva especialidad médica en Inglaterra, la de Medicina Estatal, que se consolida como tal en la Universidad de Cambridge en 1868, donde se hace entrega del primer certificado de la especialidad en el año 1871. En los programas de estudio de esta nueva especialidad se incluye, entre otros, los siguientes tópicos: medicina preventiva, topografía médica, estadística vital y sanitaria, medicina forense, medicina psicológica [3].

En el mismo sentido de Rumsey, Sir Henry Acland [4], Profesor Regius de Medicina de la Universidad de Oxford, propone el año 1871 dos vías concretas para que el Estado consolide la Medicina Estatal en la Gran Bretaña. La primera consiste en un estímulo al público, por intermedio de la educación. La segunda, se refiere a la creación de un Departamento de Salud, de carácter multidisciplinario, con los siguientes encargos: legislación sobre instituciones médicas, y control de medicamento; control de la calidad del agua y del aire; control de los datos de mortalidad e instrucción pública en general; y, control del trabajo médico.

Paralelamente a esos hechos, se producían en Europa grandes progresos científicos en los campos de la Biología y la Clínica Médica. Luego, con los descubrimientos de Louis Pasteur y de Roberto Koch, en el último tercio del siglo XIX, se completó la construcción de la “teoría del germen” que sería dominante en la medicina y en la salud pública durante el período 1875-1950. Período que ha sido denominado, por el historiador médico George Rosen [5], como la “Era bacteriológica” de la salud pública. A partir de aquella teoría, se desarrolló una Epidemiología sometida a las exigencias cuantificadoras de las ciencias naturales, que validaría el modelo explicativo biomédico de la enfermedad.

De manera concordante con ese modelo explicativo, la práctica médica se focalizó en las intervenciones curativas sobre el individuo, aislado de su ambiente cotidiano, dentro de los establecimientos de salud, con la aplicación de complejas técnicas de diagnóstico y tratamiento.

La extrapolación de este tipo de práctica al proceso de cuidado de la salud poblacional en Europa y Estados Unidos, desarrollaría a través del siglo XX un complejo sistema tecnológico de cuidado de la salud, asentado sobre una infraestructura física de grandes hospitales e institutos de salud, con la participación de personal profesional y técnico cada vez más calificado y especializado.

Medicina y Salud Pública al inicio del siglo XX

Al inicio del siglo XX, el esfuerzo de la sociedad occidental por desarrollar instrumentos capaces de cuidar la salud de sus miembros seguía dos estrategias distintas, aunque complementarias: la “medicina” y la “salud pública”. La estrategia de la “medicina” es entendida como una práctica médica, sustentada en un saber biomédico, dirigida a la atención asistencial de los individuos enfermos, con el propósito explícito de restablecer en ellos aquellas condiciones anatómicas y funcionales identificadas por la comunidad médica como manifestaciones de la salud. Por definición, esta estrategia trabaja con el individuo enfermo, aislado de su entorno social, y su principal objeto de estudio es la enfermedad en el individuo. Este objeto determina la lógica de su desarrollo y el conjunto de métodos y técnicas biomédicos que debe desplegar para el estudio clínico y el tratamiento pertinente del paciente.

Por su parte, la segunda estrategia denominada, desde mediados del siglo XIX, “salud pública”, es entendida desde inicios del siguiente siglo como una práctica estatal, sustentada en un saber multidisciplinario, orientada a la promoción y protección de la salud de las poblaciones. En este caso, el objeto de estudio no es la enfermedad en el individuo, sino la salud en las poblaciones. En el año 1920, Charles Edward A. Winslow, profesor de salud pública de la Universidad de Yale, hacía una definición que es considerada clásica en la historia sanitaria: “Salud Pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: 1) el saneamiento del medio ambiente; 2) el control de las enfermedades transmisibles; 3) la educación sanitaria; 4) la organización de los servicios médicos y de enfermería; y 5) el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud” [6].

Además, tres años después, el mismo Winslow precisaba que, en su opinión, la Salud Pública no era una rama de la Medicina sino una profesión dedicada a servir a la comunidad a través de la cooperación entre diferentes disciplinas como la de química, bacteriología, ingeniería, estadística, fisiología, patología, epidemiología y, en algunos casos, sociología. En dicha base multidisciplinaria se debían fundamentar los programas de salud para la comunidad General Board of Health [6].

Para la aplicación apropiada de cualquiera de esas dos estrategias era y es requisito indispensable la disponibilidad de personal profesional y no profesional debidamente capacitado para conducir, dirigir y realizar las acciones que corresponden a tales estrategias. El cumplimiento de este requisito exigía y exige, a su vez, contar con facilidades institucionales para la enseñanza especializada, aparte de los recursos físicos y financieros correspondientes.

2. PROFESIONALIZACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN AMÉRICA

El Informe Flexner

En 1908, la Fundación Carnegie para el Progreso de la Medicina encargó al educador Abraham Flexner realizar un estudio sobre la calidad y el contenido de la educación médica en EE.UU. Flexner (1866-1959), educador graduado en Estudios Clásicos en la Universidad Johns Hopkins, trabajaba como maestro en las escuelas preparatorias para el ingreso a esta Universidad [7,8].

La Escuela Médica de la Universidad Johns Hopkins, fundada en 1893, tenía un modelo académico que para Flexner se adaptaba a las condiciones americanas y reunía las mejores características de la educación médica inglesa, francesa y alemana. A pesar de su falta de experiencia en medicina, estaba consciente de que, bajo el liderazgo del médico patólogo William Welch, dicha Escuela Médica había alcanzado un alto nivel de calidad que la había convertida en la más renombrada en su país [7,8].

Flexner, después de recoger personalmente la información pertinente sobre un total de 155 escuelas de medicina de Estados Unidos y Canadá preparó su informe final que fue publicado en 1910 en un documento titulado: *Medical Education in the United States and Canada* [9]. Este documento, que luego se denominaría Informe Flexner, resultó central en la reorganización de la educación médica, ensalzando, como lo hizo, las virtudes de la medicina científica. Se recomendaba que las escuelas médicas se articularan con las universidades; la exigencia de dos años de ciencias básicas (física, química y biología) a los estudiantes que quisieran ingresar; la integración de la enseñanza práctica en los hospitales; la creación de laboratorios y el desarrollo de la investigación; la estructuración de los estudios en materias básicas, propias de un preclínico, y materias de tipo clínico; el fomento de la dedicación exclusiva no sólo entre los profesores de materias preclínicas, sino también entre los clínicos. Todas estas recomendaciones eran concordantes con las reformas que anteriormente había realizado Welch en la Escuela de la Universidad Johns Hopkins [10]. Flexner permaneció en la Fundación Carnegie durante dos años más atendiendo consultas y asesorando a las escuelas de medicina. En 1913 fue nombrado miembro de la General Education Board, primero como secretario auxiliar y luego como secretario. Se trataba de una oficina de la Fundación privada promovida por el magnate John D. Rockefeller.

A comienzos del siglo XX, con la difusión del Informe Flexner, se desencadena en los EE.UU. una profunda revitalización de las bases científicas de la medicina, que resulta en la redefinición de la enseñanza y la práctica médica a partir de principios positivistas y técnicos rigurosos. Con su énfasis en el conocimiento experimental, de base subindividual, proveniente de la investigación básica realizada generalmente sobre enfermedades infecciosas, el modelo conceptual flexneriano reforzó la separación entre lo individual y lo colectivo, lo privado y lo público, lo biológico y lo social, lo curativo y lo preventivo [10].

Es en ese contexto, del inicio de la hegemonía de las recomendaciones del Informe Flexner para la mejor educación médica, que se crean las primeras escuelas de salud pública en las Américas, contando con el apoyo financiero de organismos como la Fundación Rockefeller (FR). Además, las referencias paradigmáticas del movimiento sanitarista, iniciado en Inglaterra y Estados Unidos, no expresan ninguna contradicción ante las bases positivistas de la medicina flexneriana,

conforme se demuestra a partir del proceso de selección de las demandas de subvención destinadas a la institucionalización de los centros de formación de sanitaristas y epidemiólogos de la época [10].

El Informe Welch-Rose

Paralelamente a tales hechos, en esos mismos años iniciales del siglo XX, el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos había ingresado a su etapa de expansión, haciéndose evidente la ausencia de personal profesional preparado para agenciar las labores propias del saneamiento ambiental y de la gestión de las organizaciones sanitarias en todo el país, por lo que se hacía necesaria la creación de una escuela de salud pública destinada a la formación profesional de un nuevo tipo de funcionario sanitario a dedicación exclusiva que correspondiera a las necesidades de dicho Servicio.

En ese contexto, la decisión de atender esa necesidad fue, finalmente, el resultado de una serie de reuniones, entre 1913 y 1916; de ejecutivos de la FR e importantes líderes sanitarios y académicos estadounidenses. Entre los asistentes a las reuniones se encontraban los representantes de tres escuelas de medicina (Harvard, Columbia y J. Hopkins); altos funcionarios de la salud pública estadounidense, incluyendo a H. Biggs, C. E. Winslow; y, funcionarios de la FR, como Wickliffe Rose, director general de la International Health Board, y Abraham Flexner, Secretario de la General Education Board. Las propuestas de las entidades participantes en dichas reuniones fueron cinco, y se describen brevemente a continuación [11, 12, 13].

La primera propuesta, de la Universidad de Harvard – representada por Milton. J. Rosenau del Instituto Tecnológico de Massachussets – propugnaba el desarrollo de un curso de formación de funcionarios sanitarios con predominio de los temas de ingeniería sanitaria. Curso orientado hacia la higiene industrial, la mortalidad infantil y la promoción de la salud para escolares. Argumentaba, además, que la Salud Pública era una profesión distinta e independiente de la práctica de la medicina y, por lo tanto, era conveniente que el programa de formación de esos funcionarios, aunque coordinado con la escuela de medicina no debía estar subordinado a ella.

La segunda propuesta, de la Universidad de Columbia, elaborada por E. Seligman, profesor de Ciencias Políticas, daba énfasis a las Ciencias Sociales y a la Economía Política en dicha formación, teniendo los aspectos médicos y sanitarios un tratamiento secundario en el programa de estudios.

La tercera propuesta, de Charles Edward Winslow – funcionario del Departamento de Salud del Estado de Nueva York – proponía que una escuela de salud pública ideal debía formar no solo a los altos funcionarios médicos, sino a todos los diversos niveles de trabajadores de la salud, desde los puestos más bajos hasta los más altos, argumentando que: “en las poblaciones pequeñas, los enfermeros en salud pública, los inspectores sanitarios y los funcionarios en salud son mucho más urgentes que los altos funcionarios médicos con una gran formación...”.

La cuarta propuesta, de la Universidad de Johns Hopkins, desarrollada por W. Welch –, profesor de Patología de esta universidad – tenía un enfoque biomédico orientado a la investigación científica, con un programa de estudios que enfatizaba la estadística, la epidemiología y en la

posibilidad de acceso a un hospital para el estudio de la medicina preventiva. Visualizaba al funcionario en salud pública cualificado como un "... médico con prácticas en hospital y una formación especial de dos años que lo convertirían también en Doctor en Salud Pública...".

La quinta, de William Henry Rose, representante de la FR, era una propuesta que aparentemente complacía a todos los presentes. Describía un sistema de formación del funcionario sanitario organizado en los servicios públicos de salud en el país como un todo, que implicaba la existencia de una o dos instituciones centrales que cubrieran el campo entero de la instrucción en Salud Pública y utilizara como sus laboratorios y como campo de trabajo real a las instalaciones y a los ámbitos de las organizaciones de salud del Estado y de la ciudad.

La redacción del informe final de las reuniones quedó en manos de Rose y de Welch. Rose escribió la primera versión, que después fue corregida por Welch. En 1915, Welch y Rose presentaron su informe final a la FR. En este se abandonó el sistema de escuelas estatales, de demostraciones prácticas y de cursos de extensiones propuesto por Rose, para reemplazarlo por una escuela definida como "un centro de investigación científica y para la generación de conocimiento", tomando como ejemplo a los institutos de higiene organizados en Alemania.

En junio de 1916, el Comité Ejecutivo de la FR aprobó el llamado Informe Welch-Rose. En la parte introductoria del mismo, la Salud Pública es reconocida como parte de un amplio movimiento social, coincidiendo en parte con las propuestas europeas de Higiene Social. Sin embargo, los objetivos del programa curricular fueron planteados, apenas, como la capacitación de médicos y otros profesionales en la Higiene Pública y en la Medicina Preventiva. Se remarcaba, también en el informe, que los temas de política social no podían ser ignorados, pero esto no fue suficiente, porque finalmente se omitieron en el currículo propuesto. Se había optado, a pesar de las protestas de Winslow, por una orientación positivista que privilegiaba las acciones basadas en la Ingeniería Sanitaria y la Bacteriología, postergando las tendencias que valoraban la reforma social, los componentes políticos y las ciencias sociales [11, 12, 13].

Finalmente, la Universidad Johns Hopkins ganó el derecho de crear en el año 1916 la primera Escuela de Higiene y Salud Pública en América, pese a que sus recursos, en ciertos aspectos, eran inferiores a las otras Universidades. Escuela que comenzó sus actividades lectivas en 1918, siendo su primer director W. H. Welch. Inicialmente no se incluyó un presupuesto para la formación práctica sanitaria, esto es, ningún vínculo con organizaciones locales o estatales, ningún curso de extensión, ninguna demostración. Esto era consistente con el pensamiento de Welch, quien creía que "la escuela... no debe sentirse responsable de la administración de salud pública o del conocimiento en los asuntos de salud pública del país de manera directa o inmediata...". Sólo después de que la FR lo presionara para que se diera más atención a la capacitación en el campo de administración de la salud pública se buscó personal docente que tuviera alguna experiencia práctica en esa área administrativa [12, 13].

El informe Welch-Rose y, por extensión, la Escuela Johns Hopkins establecieron y transmitieron un modelo de formación científica del funcionario de salud pública que finalmente combinó la mentalidad positivista del trabajo de investigación en el laboratorio con los métodos de administración de salud pública y el trabajo de campo epidemiológico [10]. En los siguientes 20 años se crearon otras siete escuelas de salud públicas, en las universidades de: Harvard (1921);

Sao Paulo (1921); Toronto (1924); Londres (1924); España (1924), México (1925); y, La Habana, Cuba (1927); todas ellas, con programas curriculares orientados por aquel Informe.

3. PROFESIONALIZACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN PERÚ

Escalafón Sanitario y la Escuela de Médicos Sanitarios en el Perú: 1935-1945

En noviembre de 1934, se realizó en Buenos Aires la IX Conferencia Sanitaria Panamericana [14]; en ella, la delegación peruana, presidida por Carlos E. Paz Soldán, presentó una ponencia sobre la necesidad de un escalafón sanitario para el desarrollo de la salud pública de cada país y garantizar el cumplimiento de los pactos sanitarios. Ponencia que, con algunos cambios, fue una recomendación de la Conferencia:

“... es indispensable: I. Que las funciones sanitarias estén confiadas a profesionales peritos que conozcan las modernas técnicas de higiene y a los que se preparará debidamente (...) 3. Que, en cada Estado, si acaso no exista ya, se creen los escalafones sanitarios, dentro de las modalidades locales y en los que aparecerán los profesionales dedicados a la práctica oficial de la higiene (...) 4. Que esta magistratura sanitaria signifique no sólo un principio de organización de un cuerpo de higienistas dentro de la profesión médica, sino además una garantía técnica sobre la que repose la confianza internacional en cuestiones de higiene...” (IX Conf.Sant.Panam, 1934).

Casi dos años después de esa IX Conferencia, el 4 de julio de 1936, Paz Soldán remitió, como director del Instituto de Medicina Social, un oficio al Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de Lima, en el que se presentaba un proyecto de creación de un Diploma de Higienista “como un primer paso hacia la Magistratura Sanitaria”. Diploma a ser otorgado a los médicos que aprobaran un curso especial organizado por la Facultad con ese fin específico. De acuerdo a este proyecto el curso duraría tres trimestres. En el primer trimestre se incluirían a las siguientes asignaturas: Química aplicada a la Higiene, Bacteriología y Parasitología, Climatología y Meteorología, Demografía y Epidemiología General; en el segundo trimestre se incluirían a las de: Nutrición y Alimentación Pública, Medicina Social, Higiene Especial e Ingeniería Sanitaria. El tercer trimestre se destinaría a prácticas en los servicios sanitarios y a la preparación de la tesis final. El proyecto no fue aprobado. Al respecto de este último hecho, Paz Soldán haría los siguientes comentarios: “Este proyecto no prosperó. Quedo como un intento docente del Instituto. En su lugar, el recién nacido Ministerio... improvisó mediante la Dirección de Salubridad y bajo su supervigilancia una Escuela de Médicos Sanitarios de efímera vida educacional (...) Como se ve el ideal burocrático ha superado el ideal médico social de la Magistratura Sanitaria” [15].

En diciembre de 1936, el Consejo de la Facultad de Ciencias Médicas de Lima emitió una Resolución por la que crea la Escuela de Médicos Sanitarios y establece su Reglamento. Además, de manera concordante con esta creación, el Gobierno promulga, en enero de 1937, la Ley 8493, en la que se “declara carrera pública a la función técnica sanitaria desempeñada por profesionales de la medicina y de sus ramas y de la ingeniería sanitaria”, se crea el escalafón sanitario con cinco categorías en el Perú y se precisa que dicha Escuela será el centro superior para la preparación especializada de los futuros médicos sanitarios. El 25 de junio de 1939, con la

asistencia del Dr. Guillermo Almenara, Ministro de Salud Pública, se inauguró la Escuela de Médicos Sanitarios, teniendo como secretario al Dr. Jorge Estrella Ruíz. Seis meses después, por Resolución Suprema del 1º de diciembre de 1939, se autorizó becarios de la Dirección de Salubridad a la Escuela [16, 17].

Para el cumplimiento del plan de estudios de esta Escuela, a ser realizado en 13 meses y organizado en tres ciclos, se acordó crear las siguientes cátedras a cargo de profesores de la Facultad. Guillermo Almenara, en Organización Sanitaria y en Administración Sanitaria. Telémaco Battistini, en Bacteriología Médica y en Zoología Médica. Víctor Cárcamo, en Química Sanitaria. Jorge Estrella, en Legislación Sanitaria. Carlos E. Paz Soldán, en Epidemiología. Raúl Rebagliati, en Enfermedades Infecciosas y en Enfermedades Tropicales. Alberto Alexander, en Ingeniería Sanitaria. R. Pérez Buenaño, en Estadística Demográfica y Sanitaria. Franz Schrufre, en Introducción en Bioestadística. Francisco Valega, en Higiene Personal e Higiene Social [18].

Pero, la Escuela tuvo una vida efímera, debido al escaso interés de los médicos en matricularse en ella para especializarse en Salud Pública. El primero y, también, único curso que dictó la Escuela se inició el 16 de agosto de 1938, con 22 alumnos inscritos, de los cuales apenas seis lo finalizaron. En 1940, la Escuela de Médicos Sanitarios fue desactivada y las autoridades de salud tuvieron que buscar otros medios para dotar al país del personal preparado para la función especializada de salud pública [19].

Era evidente que, si bien la Ley 8493 había establecido las bases normativas del escalafón sanitario, no había resuelto el problema económico que suponía instrumentar un escalafón que suscitara alicientes suficientes para que los médicos siguieran la carrera sanitaria. A esto debe sumarse la distorsión imperante en la formación médica, que parecía estar en pugna con la salud pública y colocaba a ésta y a sus profesionales en un ambiente de desprestigio en la comunidad médica. En una respuesta débil dirigida a crear aquellos alicientes, el Gobierno expidió el Decreto Supremo del 29 de diciembre de 1943, que creaba en el escalafón sanitario una clase especial para los profesionales que se dedicaran de manera exclusiva al servicio del Estado. Otorgándoles un sueldo base, tomando en cuenta sus años de servicio y su categoría. Luego, el Congreso, a propuesta del Ejecutivo, expidió la Ley 10173, en virtud del cual se sancionó dicho Decreto, pretendiendo de esta manera asegurar la estabilidad de la carrera sanitaria de los funcionarios a dedicación exclusiva [18, 19].

Estatuto y Escalafón del Servicio Civil y las profesiones médicas: 1950-1968

El escalafón sanitario dejó de tener vigencia en el país con la promulgación de la primera norma integral sobre la carrera pública: el Decreto Ley 11377, Estatuto y Escalafón del Servicio Civil, dado el 19 de mayo de 1950. Norma que generó el primer escalafón del servicio civil, que organizó el campo del trabajo público en una estructura de clasificación de los trabajadores en cuatro categorías, que dependían del tipo de relación contractual: empleados adscritos (funcionarios), empleados de carrera, empleados a contrata y personal de servicio. Por otro lado, el Sistema de Presupuesto Público normaba los aspectos remunerativos de empleados y personal del Servicio Civil por medio de la Ley Anual del Presupuesto [20]. En el proceso de aplicación del Decreto Ley 11377 y en el caso de los médicos al servicio del Estado, fue necesario hacer desde el año 1956 algunas modificaciones y precisiones para tratar de atender los

crecientes requerimientos de personal directivo y médico de los nuevos establecimientos de salud, en especial de los grandes hospitales. Además, en ese año solo el 22% del total de los puestos de trabajo médico en las organizaciones públicas eran a tiempo completo; el resto de ese total a tiempo parcial, con remuneraciones muy bajas. La primera modificación fue la creación del “puesto único” para los profesionales médicos, a través del Decreto Supremo del 16 de junio de 1961. El cual fue complementado con un segundo Decreto, expedido del 1º de febrero de 1962 que, al precisar el monto del haber mínimo del profesional médico, posibilita la aplicación del primero. Por último, un tercer Decreto Supremo, expedido el 22 de julio de 1965, ordena la nivelación de haberes de los médicos, según el principio de “a igual trabajo igual salario”, nivelación prevista a ser realizada en tres etapas [21].

Como consecuencia inmediata de la aplicación de esos tres decretos, un gran número de médicos jóvenes ingresan al servicio público, con un rejuvenecimiento importante del personal. Además, la duración del horario del trabajo médico comenzó a uniformizarse y los sueldos se elevaron, aunque sin alcanzar los niveles deseados por el gremio médico. Pronto se hizo evidente que los sueldos pagados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) no eran suficientemente altos para atraer a los médicos a los puestos rurales y ésta sería la principal causa de que existieran tantas vacantes médicas fuera de la ciudad de Lima.

Es necesario enfatizar que el personal profesional de los servicios de salud del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) y de la Fundación Rockefeller que operaban en el Perú, era contratado a dedicación exclusiva y en condiciones salariales y de trabajo muy superiores a las que estaban sometidos los profesionales que laboraban en el MSPAS y otros servicios públicos. Condiciones que les permitían atraer, capacitar, motivar y mantener en sus servidores un especial espíritu de trabajo y de compromiso en el desarrollo de sus tareas en las provincias alejadas de Lima. Así, por ejemplo, en el testimonio de un sanitarista [22]; que trabajó en el SCISP, entre los años 1946 y 1956, se lee lo siguiente:

“En 1946 me gradué como médico-cirujano en la UNMSM. Este mismo año, ingresé al SCISP de manera circunstancial. Viajé a Iquitos por unos meses, luego pasé al hospitalito de Contamana a Pucallpa y luego a Tingo María. De allí fui becado a Estados Unidos, donde obtuve el grado de Magister en Salud Pública en la Universidad de Minnesota (...) Fuera de Lima, el SCISP actuaba en el campo con una completa autonomía del resto del Ministerio, incluso tenía una escala remunerativa diferente para su personal. En 1946, el sueldo de un médico sanitario del nivel local alcanzaba de 200 a 400 soles, el del director general del MSPAS llegaba a 800 soles, en cambio un médico recién egresado recibía un sueldo de 1.200 soles por ir a trabajar por el SCISP en Iquitos (...) El Director General del MSPAS protestó por esta desproporción (...) No parecía entender que si no le pagaba bien a un profesional, el SCISP carecería de éste en Iquitos” (M. Villa Crespo, 1985, p. 3).

Creación del Instituto de Medicina Social

En 1920, Carlos E. Paz Soldán, entonces diputado por Lima, concurrió al Congreso Regional del Centro, donde presidió la Legislatura Regional del Centro de año 1923. Oportunidad en que se aprobó la Resolución Legislativa 656, por la cual se dispuso crear el Instituto de Medicina Social en la Facultad de Medicina de Lima, para investigar y enseñar la Medicina Social y la Higiene

Pública, y preparar al personal que ejecute las leyes sanitarias del país. La misma norma, originalmente regional, fue promulgada por Leguía el 27 de julio de 1924. En ella se señalaban las rentas necesarias para su implantación y funcionamiento [23].

El 20 de diciembre de 1926, C.E. Paz Soldán resume, en una carta dirigida al Decano de la Facultad de Medicina de Lima Dr. Guillermo Gastañeta, su concepto sobre los alcances y limitaciones del Instituto como “centro de enseñanza y de aprendizaje de la Higiene (...) a cuantos anhelan penetrar en los problemas infinitos que la Medicina Social ofrece en el Perú”, que se expresan en el plan de organización del Instituto propuesto. En el que se considera los siguientes “órganos de acción”: (i) un laboratorio de biometría y estadística demográfica; (ii) un laboratorio microbiológico y químico para investigaciones médico-sociales; (iii) una biblioteca y sala de lecturas; (iv) un museo con elementos de enseñanza y propaganda; (v) un aula magna de demostraciones y conferencias [23].

“Tal plan de organización es bastante semejante al que ha sido recientemente ... (adoptado) por los Institutos de Medicina Social de Belgrado y Zagreb (...) en mi opinión el más adecuado de cuantos existen (...) para imprimir a la enseñanza de la Higiene el sello particular que debe tener en aquellos países urgidos por una culturación intensiva y rápida de los que deben vivir la Higiene aplicada al beneficio social y la redención sanitaria de la población (...) No creo que entre nosotros deba imitarse el tipo de Institutos de Higiene... (como) por ejemplo, es la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins. Esta meta ideal deberá ser la que atraiga nuestra ambición cuando hayamos obtenido elementos suficientes del funcionamiento del modesto centro que propongo...” (Carta de C. E. Paz Soldán a G. Gastañeta, 20 diciembre 1926)

Con la acumulación de los escasos fondos generados anualmente por aquella norma y por una operación de crédito se dispuso de los recursos financieros para la construcción de la primera planta del edificio. La solemne ceremonia de inauguración de esta primera planta de efectuó, con la presencia del Sr. presidente de la República, el 17 de octubre de 1927, con ocasión de la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana. El primero y, finalmente, único director del Instituto sería Carlos E. Paz Soldán, en su condición de catedrático titular de Higiene en la Facultad [23].

El año 1931, las autoridades de la Facultad aprobaron el Proyecto del Reglamento del Instituto remitido por Paz Soldán. En la exposición de motivos se reconoce la modesta magnitud de los recursos con que iniciaba sus actividades el Instituto: el presupuesto operativo anual inicial fue de apenas 10.000 soles oro (US\$ 6.000). No obstante, se insistía que la idea rectora que orienta al Instituto es la “remodelación de la mentalidad del médico peruano, reorientándola hacia el camino de la prevención de las enfermedades”. Sin embargo, poco después de la aprobación de su Reglamento, el Instituto - al igual que el resto de la Universidad - entró en recesión el 8 de mayo de 1932 y, permanecería en esta situación hasta el año 1934 [23].

SEGUNDO CAPÍTULO: CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DE PERSONAL SANITARIO PERUANO EN EL EXTRANJERO: 1935-1964



Fachada del campus de la Universidad Johns Hopkins (Fuente: Internet).

La Escuela de Higiene y Salud Pública Johns Hopkins en Baltimore, Maryland, adoptó su doble denominación con el propósito de precisar que sus actividades se orientarían a tratar de lograr tanto la excelencia en la investigación, enfatizada por los institutos de higiene alemanes, como la capacitación en la práctica sanitaria, priorizada por los servicios de salud pública británicos. En esta Escuela se capacitaron los pioneros y líderes de la salud pública latinoamericana, haciendo uso de las becas otorgadas por la FR, el SCISP y la Organización Sanitaria Panamericana. Entre ellos, los sanitaristas peruanos: Mario León Ugarte, Alfredo Lynch Cordero, Telémaco Battistini Sánchez, Carlos Quiroz Salinas.



Participantes en la VII Conferencia Sanitaria Panamericana. La Habana; Cuba, 14 de noviembre de 1924. Aprueba el primer Código Sanitario Panamericano (Fuente: Internet).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es el organismo internacional de salud pública más antiguo del mundo. Desde su fundación como Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), en diciembre de 1902, trabaja para mejorar la salud y los niveles de vida de los pueblos de América. Su lucha por la formación, capacitación y la educación continua del personal de salud ha sido paralela a la evolución de la OPS y de hecho refleja en gran medida sus iniciativas encaminadas a mejorar la salud mediante el desarrollo del más esencial de los recursos: los trabajadores de salud.

1. CAPACITACIÓN EN EL EXTRANJERO, DE ESPECIALISTAS EN SALUD PÚBLICA PERUANOS: 1935-1964

El contexto peruano

Con la creación del Ministerio de Salud, Trabajo y Previsión Social, en reemplazo de la Dirección General de Salubridad Pública del Ministerio de Fomento, el Gobierno Peruano reconocía en el año 1935, la necesidad de elevar el nivel político-administrativo de la organización estatal responsable del cuidado de la salud poblacional, así como, de los asuntos vinculados con el trabajo y la previsión social. Siete años después, en 1942, el nuevo Ministerio se convertiría en el MSPAS, delimitando mejor su ámbito de competencia en los campos del cuidado de la salud y la asistencia social. El mayor nivel político administrativo asignado al Ministerio – con funciones políticas, administrativas y operativas – fue acompañado de un incremento de los recursos financieros del sistema estatal del cuidado de la salud. De manera paralela a estos cambios, se inicia, desarrolla y agota en Puno el “rijcharismo”, movimiento sanitario creado e impulsado por Manuel Núñez Butrón, pionero de la sanidad rural y la “atención primaria” en América Latina [24].

Durante el período 1935-1964, en el contexto de un Estado con perfiles oligárquico-populistas, se asistió a la creación, desarrollo y reorganización de un conjunto de instituciones y dependencias estatales que formalmente se encontraban en el ámbito de gobierno a cargo del MSPAS. Entre ellas, el SSCISP, como organismo autónomo, directamente subordinado al MSPAS (1942-1962); el SESP nuevo organismo de derecho público interno (1962); el Servicio Departamental de Salud de Ica, coadministrado con la FR (1945-1952); el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social (1951); el Instituto Nacional de Higiene y Salud Pública (1936) que en 1957 se convertiría en el Instituto Nacional de Salud; y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de las Fuerzas Policiales [24].

El SCISP fue creado en 1942 por acuerdo bilateral entre los gobiernos de Perú y de Estados Unidos y operó en el país hasta el 30 junio de 1962. El SESP fue creado, a su vez, mediante la Ley 13908 del 12 de enero de 1962, como un organismo de derecho público interno que pudiera mantener las condiciones de trabajo y salariales que habían sido establecidas por el SCISP para el personal de sus programas de salud.

Además, a partir de mediados de la década del cuarenta, a las acciones higiénico-sanitarias o preventivo-promocionales, a cargo tradicionalmente del Estado, se comenzaron a sumar las asistenciales de atención médica en los programas del MSPAS. Para ello, se comenzó a aplicar una política de expansión de la infraestructura física asistencial, que priorizó las inversiones en establecimientos de atención médica hospitalaria, para satisfacer las crecientes demandas de la población urbana organizada. Con este mismo propósito, los hospitales de las beneficencias comenzarían a ser transferidos progresivamente al MSPAS, para su integración administrativa a los programas de los Servicios Departamentales de Salud [24]. Expansión y transferencia que generó una mayor demanda de personal profesional, técnico y auxiliar para la conducción, la administración y la implementación de los establecimientos de salud. Demanda creciente, que desbordaría de manera evidente y crítica la escasa oferta disponible en el país para la capacitación y adiestramiento de este tipo de personal.

Todos esos cambios en el campo sanitario nacional sucedían en una sociedad peruana que, desde la segunda mitad de la década de 1950, había comenzado su recomposición social, la cual era consecuencia de cuatro procesos casi simultáneos: el fortalecimiento de las organizaciones laborales; el inusitado crecimiento de la población urbano-marginal, provocado por las migraciones; la agudización de la lucha de los campesino-serranos contra los gamonales; y, la aparición de nuevos partidos políticos, representativos de los grupos sociales medios [24].

También aparecen en estos años, las agencias multilaterales ligadas al sistema de Naciones Unidas, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), creada en 1946. La OMS y las nuevas organizaciones internacionales que surgieron en la segunda mitad de la década del 40 contribuyeron que tanto la “sanidad marítima internacional”, como la llamada “medicina tropical” fueran comprendidas y en parte superadas por el nuevo concepto de la “salud internacional”. En la Carta de la Reunión de Punta del Este (1961) se aprueba el Primer Plan Decenal de Salud para las Américas o de Alianza para el Progreso, suscrito por el Perú.

Al iniciarse la década de los sesenta, las exigencias de modernización del Estado se hacían cada vez más fuertes en el país, en especial de parte del Ejército y de los grupos sociales progresistas. Exigencias que se vieron apoyadas por las ideas desarrollistas de la Alianza Para el Progreso expuestas en Punta del Este. En octubre de 1962, la Junta Militar de Pérez Godoy creó el Sistema de Planificación de Desarrollo Económico Social y, luego, inició la Reforma de la Administración Pública, con la ayuda técnica de Naciones Unidas y de la USAID. En esta Reforma se define que el Estado debe tener un papel más amplio y activo en la promoción del desarrollo a través de la planificación, organización, dirección y control de la acción pública. Los ministerios debían cumplir funciones de gobierno, normativas y reguladoras, en tanto que las entidades del subsector público Independiente debían encargarse de la producción de los bienes y servicios públicos, con autonomía administrativa y financiera, aunque vinculadas con el ministerio que controlaba su gestión.

Ausencia de condiciones internas para la formación de especialistas en salud pública

Leguía estaba convencido de que el éxito de su proyecto modernizador dependía, además de la entrada de capital financiero, de la incorporación de la tecnología norteamericana. Con este propósito, su régimen incorporó a expertos norteamericanos en la administración pública nacional. Un funcionario extranjero, citado por el historiador Marcos Cueto [25], cuenta al respecto que Leguía le confesó que “su deseo era colocar a un norteamericano a cargo de cada rama de las actividades del gobierno”. Es en el sentido de ese deseo, que en el campo de la salubridad y durante los tres primeros años del oncenio, se contrataron médicos e ingenieros norteamericanos - con apoyo de la FR para dirigir las campañas contra la fiebre amarilla, el paludismo y la peste. Entre 1921 y 1922, dos de estos profesionales fueron nombrados y se sucedieron en el cargo de Director General de Salubridad, a pesar de ser ciudadanos extranjeros. Uno de éstos era Henry Hanson, quien se había formado en la Universidad de Johns Hopkins. [24].

Por otro lado, el proceso de profesionalización de la salud pública llevado a cabo en los Estados Unidos desde 1918 había comenzado a impactar en el Perú no sólo a través de la importación directa de campañas sanitarias dirigidas por personal de la FR sino con la influencia general que,

en el Siglo XX, los Estados Unidos tenían en nuestro país en los ámbitos sociopolíticos, económicos y culturales. Desde las primeras décadas del siglo XX, la FR y, en menor medida, la Fundación Kellogg y otras entidades privadas habían comenzado a otorgar becas para personal profesional latinoamericano que deseara capacitarse en Estados Unidos en el campo del cuidado de la salud de las poblaciones.

Los primeros sanitaristas peruanos serían formados en escuelas extranjeras bajo los parámetros de la salud pública estadounidense, e iniciados en las acciones sanitarias impulsadas por profesionales extranjeros; y su labor se insertó en la dinámica sanitaria nacional muy al unísono con las campañas sanitarias emprendidas por la FR y el SCISP. Esta importación de especialistas y de exportación de estudiantes fue la forma en que se trató de suplir la ausencia de instituciones de formación locales y la manera como se iniciaría el lento crecimiento de una masa crítica de sanitaristas peruanos y de una idónea capacidad técnica de desarrollo nacional.

No obstante, esos hechos, en la primera mitad de la década de 1930 ya era evidente que ese crecimiento de personal capacitado en salud pública no había sido suficiente, entre otras razones, para suplir apropiadamente aquella ausencia. El profesor sanfernandino Celso Bambarén [26] hacía, en el año 1931, el siguiente comentario sobre la situación precaria de la profesionalización sanitaria: “El empirismo y el ensayo poco afortunado, dominan el escenario de la salubridad pública. Las instituciones que tienen a su cargo la defensa de los componentes del agregado social, viven en medio de una anarquía doctrinaria y funcional... Los médicos verdaderamente capacitados en cuestiones médico-sociales, pocas veces han ido al Gobierno.... La carrera sanitaria no ha tomado carta de ciudadanía entre nosotros, se cree que todos los médicos son aptos para desempeñar funciones sanitarias, cuando es todo lo contrario...”

Becas internacionales para la capacitación en Salud Pública: 1935-1964

Una de las labores de mayor trascendencia que realizaron en el Perú, el SCISP, la FR, la OPS y, en menor medida, la Fundación Kellogg fue la capacitación del personal profesional, en las disciplinas especializada de la salud pública, a través de becas en el extranjero donde la mayoría de los profesionales de salud peruanos, destinados a ocupar los más altos cargos en la conducción y gestión de la política de salud, recibieron su capacitación posgrado. Más aún, esta influencia era ejercida directamente, en los más altos niveles de decisión política nacional en salud, a través de la participación de los representantes de aquellas entidades extranjeras en casi toda comisión oficial de alto nivel encargada de proponer y evaluar las políticas de salud en el Perú.

De acuerdo a información proporcionada por el SCISP [27], entre los años 1942 y 1960, más de 150 profesionales peruanos adquirieron esa capacitación especializada en universidades y escuelas de salud pública de Estados Unidos y del continente, utilizando becas concedidas por el Programa del Punto Cuarto (después llamado AID). La distribución de las becas habría sido la siguiente: Salud Pública: 44; Servicio Social: 16; Ingeniería Sanitaria: 14; Enfermería: nueve; Nutrición y Dietética: seis; Administración Hospitalaria: cinco; Educación Sanitaria: cuatro; Veterinaria: tres; otras: cinco. En el año 1944, con una de estas becas, el Dr. Mario León Ugarte fue el primer médico peruano que alcanzó el grado de Master of Public Health en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins.

Por otro lado, el MSPAS informaba al respecto que, en el caso de la OPS, esta organización concedió durante el período 1954-1960 un total de 60 becas para capacitar médicos en salud pública; y que en el período 1952-1963, el gobierno de Estados Unidos a través de su programa de ayuda externa, otorgó 48 becas en Salud Pública y 13 en administración de hospitales. Las becas de otras fuentes elevan el total de aproximadamente 148 médicos capacitados en salud pública y 20 en administración de hospitales en países del exterior (MSPAS, 1967, p. 77) [28].

Además, de manera concordante con este apoyo de la cooperación externa, hubo una preocupación especial del Gobierno por la incorporación al MSPAS de personal capacitado con estas becas. A su regreso al país, este personal debía prestar sus servicios en las dependencias más importantes del Ministerio, sobre la base de una dedicación a tiempo completo o exclusivo, debidamente remunerada. La mayoría de estos becarios regresaron al Perú a ocupar posiciones dirigentes en el MSPAS, siendo muy importante su participación en la tecnificación de la salud pública nacional [28, 29, 30].

El Departamento de Selección y Entrenamiento, estructura de la División de Servicios y Unidades Sanitarias del MSPAS, estaba encargado de orientar, dirigir y apoyar en la selección y capacitación nacional e internacional del personal de los Servicios, así como de realizar evaluaciones periódicas del personal. El Departamento había sido creado en 1950 con el apoyo de la FR. Estaba dirigido por el Dr. Santiago Macchiavello [19].

En resumen, después de la Segunda Guerra Mundial se estaba asistiendo en el Perú, al igual que en otros países de América Latina, a un incremento inusitado de la oferta becas de estudios para jóvenes profesionales de salud de parte de varias instituciones estadounidenses. Al respecto, el historiador Marcos Cueto nos informa que en lo que se refiere a toda América Latina: “solamente en 1953, la Oficina Sanitaria concedió un total de 415 becas, de las cuales 60 fueron para estudios de administración sanitaria y 32 para enfermería. En 1958 el número de becarios subió a 560, un incremento de más del 30%... gran parte de las becas se orientaron a saneamiento y educación médica” (M. Cueto, p.94) [31].

2. RESULTADOS DE LA CAPACITACIÓN EN EL EXTRANJERO

Limitaciones cuantitativas

Reiteramos, el número de becas extranjeras asignados al país por las organizaciones de cooperación externa para la profesionalización de la salud pública, así como el carácter eventual de las mismas, no resolvió el problema de escasez de personal capacitado para implementar los planes de desarrollo del sector público nacional de salud. En el Plan de Capacitación de Personal de Salud Pública publicado por el MSPAS [32], con datos que correspondían al año 1961, se informaba que hasta este año no había sido organizada en el país la enseñanza en Administración Hospitalaria: “solo 12 profesionales médicos recibieron esta preparación posgrado en el extranjero y prestan servicios en otros tantos hospitales, quedando la mayoría de los 231 hospitales del país – con un total de 24,645 camas – sin personal directivo especialmente capacitado para esta tarea”. También se comentaba que, excepto la existencia efímera de la Escuela de Médicos Sanitarios, con seis egresados en el año 1940, no había realizado en el país ningún curso de preparación en Administración de Salud Pública, debiendo los profesionales

interesados, viajar al extranjero para obtener la preparación adecuada: “en esta forma se prepararon 126 profesionales en el transcurso de los 16 años anteriores a 1962”.

A partir de esa información, en el mismo Plan se concluye: “la preparación de los diferentes tipos de profesional...de Salud Pública en el país, no ha logrado constituirse en una actividad regular y permanente dotada de los recursos humanos y materiales indispensables para su desarrollo. La única excepción que podría hacerse a esta formación, sería la preparación de ingenieros sanitarios que es regularmente efectuada en la Universidad Nacional de Ingeniería” [32].

Además, de manera concordante con esta última conclusión, en el estudio realizado en el año 1964 por la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins y el Gobierno Peruano, sobre oferta y demanda de los diferentes tipos de recursos humanos de salud en el país, se informa que entre los resultados de esta operación censal se muestra, con relación a la disponibilidad de médicos sanitarios, que en el año 1964 sólo el 4,3% del total de 5.235 médicos activos empadronados declaró tener la especialidad de salud pública [28].

Limitaciones cualitativas

Actualmente, existe un consenso en reconocer que la preparación de recursos humanos para la salud sólo puede hacerse con óptimos rendimientos cuando la enseñanza es congruente con la problemática de salud, las peculiaridades organizativas y los patrones socioculturales de cada país, ante las dificultades evidentes que implica el intentar aplicar técnicas y procedimientos delineados para otros, quizá de muy diferentes contextos ecológicos, económicos, culturales y políticos. Al respecto, el médico sanitarista Alfredo Lynch [33], egresado en 1948 de la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, opinaba: “La enseñanza estaba diseñada para la salud pública de Estados Unidos, país mucho más desarrollado que el nuestro y con una población de un mayor nivel económico. Ello explica, por ejemplo, que lo aprendido en Ingeniería Sanitaria y Administración Sanitaria no fuera utilizado en el Perú, en tanto su aplicación requeriría recursos humanos y económicos que no disponemos. Sin embargo, había materias, como la Bioestadística y la Epidemiología, que son básicas en la preparación de todo sanitarista, así como ciertas técnicas de laboratorio para el control del agua potable y el diagnóstico de las enfermedades tropicales que eran aplicables en el país”.

Coincidiendo con la opinión de Lynch, el historiador Marcos Cueto [30], después de revisar los archivos de la FR que corresponden a esos años, concluye: “La tradición que inspiraba las políticas de la FR era el modelo de las escuelas de medicina de las universidades de elite de los Estados Unidos. Este nuevo modelo fue promovido en el Perú (...) Los médicos de salud pública formados en los Estados Unidos fueron muchas veces socializados para trabajar en un medio que no tenía las carencias del peruano. Por ello, muchas veces su entrenamiento acabó siendo un fenómeno aislado y no repercutió en la estructura de la salud pública local”

Recomendaciones de las escuelas de salud pública de América Latina

En 1959, la Organización Panamericana de la Salud, por iniciativa de su director, el Dr. Abraham Horwitz, organizó una primera reunión de Escuelas de Salud Pública de América Latina, la cual tuvo lugar en San Miguel Regla, México. Nueve escuelas estuvieron representadas en este primer

evento y desde entonces estas reuniones se repitieron cada dos años, tratando de analizar cada una de las disciplinas que componen este campo especializado. Estas nueve escuelas surgieron bajo el impulso de los médicos que, habiendo realizado estudios en las escuelas norteamericanas, tomaron conciencia rápidamente de la necesidad de acelerar la preparación de personal sanitario en forma más amplia y rápida de lo que era posible lograrlo mediante el envío de estudiantes al exterior [34].

Durante los primeros períodos de su existencia, los programas curriculares de las escuelas de salud pública latinoamericanas fueron muy semejantes, si no idénticos a los de las norteamericanas que las habían inspirado. Pronto, no obstante, se comenzaron a diferenciar en su organización y alcances – sin renunciar a las orientaciones básicas del Informe Welch-Rose – para tratar de adaptar sus objetivos a las particulares y cambiantes condiciones sociales y sanitarias de sus respectivos países. Estos cambios no habían sido ni uniformes ni regulares. Las conclusiones de la reunión de San Miguel Regla, constituyó el primer esfuerzo colectivo subregional para estimular el intercambio de ideas y la discusión sobre las experiencias de los representantes de las escuelas latinoamericanas, ayudándolas a enfrentarse en forma colectiva al estudio de las dificultades y obstáculos que era necesario superar para alcanzar los objetivos inherentes a su propia existencia [34].

Cinco años después, del 9 al 13 de noviembre de 1964, bajo los auspicios de la OPS, se reunió un Grupo de Estudio especializado en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, con el objeto de discutir las normas que deben recomendarse a las escuelas de salud pública de América Latina. En esta reunión, el Grupo consideró conveniente aceptar la definición de “Escuela de Salud Pública” expresada en 1961 por el Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar, de la OMS, en su décimo informe (Serie de Informes Técnicos No. 216). Esta definición dice textualmente: “La escuela de salud pública es una institución dotada de recursos adecuados, que, además de realizar trabajos de investigación y prestar servicios de salud pública, organiza cursos que duran a tiempo completo un año académico por lo menos o su equivalencia, que comprenden las materias esenciales para entender los diversos problemas sanitarios y las doctrinas, normas de organización y técnicas cuyo conocimiento es necesario en la solución de los mismos y que están abiertos a los médicos y a los profesionales afines deseosos de obtener un título académico de sanidad” [35, 36]. Un miembro de este Grupo de Estudio era el Dr. Mario León Ugarte.

Para el establecimiento de la organización académica de las escuelas de salud pública, el mismo Grupo consideró recomendable prestar preferente atención a las siguientes disciplinas: Administración Sanitaria, Epidemiología, Bioestadística, Saneamiento del Medio, Ciencias Sociales, Atención Médica y Administración Hospitalaria. Además, se recomendó que la enseñanza de la administración de hospitales se incorpore a los programas de las escuelas de salud pública, tomando en consideración sus estrechas relaciones con todas las demás actividades de salud pública [36]. También se recomendó que las escuelas de salud pública funcionen en estrecha coordinación con los servicios de salud del país respectivo y con los programas docentes universitarios.

Además, el Grupo estimó indispensable que las escuelas cuenten con profesores a dedicación exclusiva en la docencia; considerando que sólo así podrán realizar sus actividades docentes y de investigación en forma óptima. Se recomendó designar, por lo menos, un número suficiente de

ellos para dirigir las actividades de cada una de las asignaturas básicas, para supervisar los grupos organizados en trabajos de campo, y para que todos dispongan de tiempo que dedicar a la investigación. Estos profesores debían tener experiencia en el campo de su especialidad, formación docente, y cuando menos, títulos académicos del mismo rango que los que otorga la escuela a los alumnos de que ellos son profesores. También, se enfatizó que las escuelas de salud pública están obligadas a preparar profesionales capaces de guiar tal empresa colectiva, sin perjuicio de preparar además los especialistas y trabajadores de la salud de menor jerarquía, que sean necesarios para realizar su tarea de manera adecuada, dentro del sistema de salud.

Finalmente, el mismo Grupo recomendó que la capacitación postgrado en salud pública debería efectuarse en dos etapas. La primera, representada por el curso regular de salud pública de un año académico, que tendría un carácter teórico y abarcaría los conocimientos científicos básicos de: ciencias biológicas, sociales y educativas, ciencias administrativas, epidemiología y estadística, saneamiento; esta etapa capacitará para ejercer funciones encaminada a la atención de los problemas de salud de la colectividad.

En una segunda etapa, se podría preparar al profesional en profundidad en algunos de los campos especializados de la salud pública, tales como: administración sanitaria, epidemiología, saneamiento ambiental, estadística demográfica y sanitaria, educación para la salud, higiene materno-infantil, nutrición, administración hospitalaria, salud mental, salud ocupacional, etc. Los campos de especialización no sólo deberán depender de los intereses personales del alumno, sino variar de acuerdo con las prioridades que las condiciones existentes impongan. La residencia en salud pública y la práctica en investigación, completarían el ciclo de especialización y perfeccionamiento conducentes a un doctorado.

En 1964 existían en el mundo, con las denominaciones de escuela de higiene, escuelas de salud pública, academia de medicina estatal y otras, unas sesenta entidades docentes de este género. Unas dependían de los ministerios de salud pública, otras de universidades y algunas funcionaban como entidades autónomas. De este total, 13 se ubicaban en Estados Unidos y Canadá, y diez en América Latina.

TERCER CAPÍTULO: CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DE PERSONAL SANITARIO EN EL PERÚ ANTES DE LA CREACIÓN DE LA ESPP



Fotografía de los miembros de la mesa de honor de la ceremonia de la inauguración oficial del Centro de Capacitación en Salud Pública del SESP, el 1º de julio de 1962 (Archivo iconográfico de la ENSAP).

En la fotografía, el ingeniero agrónomo Edgardo Watson Cisneros, Ministro de Salud Pública, hace uso de la palabra en la ceremonia; a su derecha, Alfredo Lynch Cordero, director general del SESP. El MSPAS, a iniciativa del SCISP, había creado en 1961 el Programa de Capacitación de Personal de Salud Pública en dicho organismo peruano-norteamericano, con el propósito de organizar en el país la preparación técnica del personal de los distintos campos de la salud pública. En 1962, desactivado el SCISP, se transfirió el Programa al recién creado SESP.



Fotografía de los asistentes a la ceremonia de clausura del primer curso de salud pública para médicos en el año 1963 del Centro de Capacitación en Salud Pública del SESP (Archivo iconográfico de la ENSAP).

En la fotografía aparecen, en la primera fila, de izquierda a derecha y en el tercero y cuarto lugar se ubican los Dres. Gustavo Hermoza Mariscal y Mario León Ugarte; este último, director fundador del Centro. En la última fila, de izquierda a derecha se ubican los Dres. Octavio Mongrut Muñoz, Carlos López Ore, Carlos Quiroz Salinas y Carlos Vidal Layseca.

1. EN EL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE ICA: 1945-1952

En el contexto de los años finales de la Segunda Guerra Mundial y de los iniciales de la postguerra, el MSPAS comenzó a realizar actividades de capacitación y de adiestramiento en servicio de su personal profesional, utilizando, de preferencia las facilidades del Servicio Departamental de Ica, el Instituto Nacional de Salud y el Centro de Medicina Preventiva del Rímac. Servicios especiales fortalecidos, técnica y financieramente, a partir de convenios del Gobierno Peruano con la FR y el SCISP. Cientos de profesionales que laboraban en el MSPAS realizaron ciclos y cursos de orientación y entrenamiento en los servicios y programas operados en el país por dichos servicios.

La creación y operación del Servicio Departamental de Salud de Ica, organizado por la FR en 1945, fue una de las primeras experiencias en el país, de un organismo descentralizado a cargo de todos los servicios preventivos desarrollados en un ámbito departamental, con una estructura y funcionamiento administrativo y técnico análogos a los de las Unidades Locales de Salud de Estados Unidos, aunque con una orientación antropológica promovida por J. C. Hydrick, representante en el Perú de la FR.

Este Servicio Departamental, implantó por vez primera vez en América Latina – en un Programa de Higiene Rural – la utilización de Visitadoras de Hogar, procedentes de distintos estratos de la comunidad donde vivían y que, una vez adiestradas en el Servicio, volvían a su comunidad para educar a familias de su mismo estrato de procedencia. Esta selectividad social tenía la finalidad de garantizar una buena comunicación con éstas, en tanto compartían valores y actitudes que debían ser reforzados o modificados, a través del diálogo, aplicando el “método indirecto de educación de la salud”. Fue uno de los primeros Servicios en el mundo que incorporó antropólogos al equipo de salud (1948). Ellos fueron el estadounidense Edward Welin, egresado de la Universidad de Harvard y el peruano Gabriel Escobar; ambos trabajarían luego fuera del país como consultores internacionales [24, 33].

Alfredo Lynch Cordero, asistente del Representante en el Perú de la FR fue primer Jefe Sanitario de este Servicio Departamental. En 1950, fue reemplazado en este cargo por el doctor Manuel Núñez Valdivia. Entre 1945 y 1952 el Servicio funcionó como un centro de demostración para la capacitación en servicio del personal de salud pública que operaba en servicios de la costa peruana, fuera de Lima Metropolitana. Acompañaron la gestión del Dr. Núñez Valdivia, profesionales altamente capacitados, entre ellos: el médico sanitarista José Petrlik Atoche, el ingeniero sanitario Jorge Salinas Cáceres, el médico veterinario Otoniel Velasco Fernández, el educador sanitario Wilson Alva Plascencia, los antropólogos ya citados, y el estadístico Guillermo Abad. [24, 33].

El Servicio Departamental de Ica, logró reunir y mantener en Ica a ese valioso personal hasta el momento en que finalizó la vigencia del Convenio de Cooperación de la FR con el MSPAS (1952). Es decir, mientras contaba con los recursos financieros aportados por la FR, que le permitía aplicar con éxito las normas salariales y de gestión de personal vigentes en las organizaciones sanitarias estatales estadounidenses. Luego, al ser convertido este Servicio en el Área de Salud de Ica del MSPAS, aquel personal migró a otras organizaciones donde se le ofrecía mejores condiciones de trabajo y de desarrollo profesional.

2. EN EL CENTRO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL RÍMAC: 1945-1962

Los programas de sanidad del Instituto de Asuntos Interamericanos impulsaron en el país la concepción estadounidense de medicina preventiva. El primer Centro de Medicina Preventiva se creó en Iquitos, y le siguieron otros en la selva de San Martín, todos ellos establecidos por el SCISP. Luego, este mismo Servicio construiría el Centro de Medicina Preventiva del Rímac que se inauguró y comenzó a operar en julio de 1945; teniendo como primer jefe del Centro al Dr. Mario León Ugarte, que regresaba al Perú después de obtener el grado de Magister en Salud Pública en la Universidad Johns Hopkins de Baltimore en 1944.

Este centro de salud se convirtió muy pronto, con la cooperación técnica y financiera del SCISP, en el primer centro de entrenamiento práctico para personal de salud pública del país. Para este propósito se contó con el aporte de personal estadounidense del SCISP y, progresivamente, de profesionales peruanos que regresaban al país después de haber sido capacitados en escuelas de salud pública en el extranjero, becados por el mismo SCISP.

Las ideas básicas de la doctrina de salubridad estadounidense y la manera en que ésta se aplicaría en las actividades de adiestramiento y capacitación sanitaria efectuadas por el SCISP y el MSPAS en el país, se encuentran en el discurso pronunciado en el año 1945 por el Dr. Edwards Westphal [37], director del SCISP, en la ceremonia de inauguración del Centro de Medicina Preventiva del Rímac:

“Según el concepto moderno, la responsabilidad en materia de salubridad que un gobierno tiene con su pueblo consiste en dos funciones principales; la Medicina Asistencial o Curativa (Atención Médica), y la prevención de enfermedades o Medicina Preventiva. Pero la complejidad y multiplicidad de las funciones preventivas en el campo de la Salud Pública, cuyo desempeño es responsabilidad que recae íntegramente en el Estado, ya no permite la dispersión de esfuerzos y duplicación del presupuesto económico, cuando estas se realizan por entidades separadas como son los diferentes dispensarios, los centros de asistencia materno-infantil, los puestos de vacunación, etc. Cada uno de ellos encara la correspondiente faceta de los problemas sanitarios. Pero es un hecho conocido que los diversos aspectos de estos problemas están íntimamente ligados unos con otros y guardan relaciones de dependencia mutua (...) El Centro de Medicina Preventiva trata de lo prevenible, el tratamiento de las casos de enfermedades transmisibles, en cuanto ellos constituyen un riesgo para la salud de la comunidad; el control higiénico de los tres períodos del proceso maternológico; la higiene infantil, pre-escolar y escolar; la higiene dental; la educación sanitaria de la población y la promoción del mejoramiento sanitario (...) del Centro, estas labores serán irradiadas al ambiente de la familia que es el núcleo más importante del conglomerado social y el más propicio para la realización de las medidas sanitarias por medio de las visitas domiciliarias a cargo de las enfermeras que llevarán a cabo la educación individual que es el aspecto más interesante de la campaña de Educación Sanitaria (...) Este Centro (...) constituye un puesto de avanzada y un paradigma de lo que debe ser la futura sanidad nacional” (Westphal, 1945, p. 505).

En el año 1945, bajo la dirección de una enfermera de salud pública norteamericana, se inició el primer Curso de Enfermería en Salud Pública en el Centro de Medicina Preventiva del Rímac. Desde esa fecha hasta el año 1962 egresaron once promociones con un total de 160 enfermeras de salud pública. Además, la escasez de personal profesional de enfermería obligó al SCISP a iniciar

la preparación formal de personal auxiliar, estableciendo cursos de entrenamiento para visitadoras de higiene y auxiliares de enfermería en el campo hospitalario y sanitario, según las necesidades.

Por otro lado, la educación sanitaria, como un servicio técnico del MSPAS, se inició en el Perú en el año 1952, encargándose al SCISP la organización y el desarrollo de un programa nacional. En coordinación con la División de Educación para la Salud del Ministerio, el SCISP desarrolló tres cursos de formación de educadores de salud pública (en los años 1952, 1956 y 1960), de los cuales egresaron un total de 22 educadores. De este total, 16 trabajan en el MSPAS en el año 1964. Además, el SCISP envió a seis de ellos a escuelas de salud pública del extranjero [24, 27, 29].

3. EN INSTITUTOS DE ENFERMERÍA: 1954-1961

Instituto Nacional de Enfermería: 1954-1957

En 1954 se crea en el Perú el Instituto Nacional de Enfermería, como una entidad auspiciada por MSPAS y el Seguro Social del Empleado (SSE), aunque financiada con aportes del SSE y de la FR. Tenía tres objetivos: organizar y hacer funcionar la Escuela de Enfermeras del SSE; dictar cursos para enfermeras tituladas; y, formar auxiliares de enfermería. Para cumplir con el segundo objetivo, se alquiló un local y se iniciaron las actividades docentes, admitiendo 35 alumnas para el Curso de Educación en Enfermería, a cargo de la Srta. Antonia Puente Iriarte, y 17 alumnas para el de Administración de Servicios de Enfermería, a cargo de la Sra. Delia Alvarado de Malpartida. Ambas eran enfermeras formadas en el Perú y, luego, capacitadas en dichos campos en Estados Unidos. Las alumnas asistentes a esos cursos habían sido seleccionadas por el Departamento de Personal del MSPAS. Ambos cursos tenían una duración de tres meses [24, 38].

En el año 1957, apenas tres años después de su creación, habiéndose alcanzado el primer objetivo, el SSE retiró su aporte financiero al Instituto provocando su desactivación. Por otra parte, el Instituto nunca llegó a iniciar actividades relacionadas con su tercer objetivo, debido a su escasez de recursos [24, 38].

Instituto de Posgrado de Enfermería: 1958-1961

En 1958 se creó el Instituto de Post-Grado en Enfermería, como una dependencia de la Dirección de Servicios Técnicos Normativos del MSPAS, siendo seleccionada como su directora fundadora la Srta. Antonia Puente Iriarte. Las enfermeras Nelly Reátegui, Consuelo Solari, Romelia Sánchez y María Rodríguez de Tello, completarían su personal docente, a cargo del desarrollo de los cursos de administración y de educación en servicios de enfermería. Además, contaba con la asesoría técnica de la Srta. Licenciada Nelly Rudó de la OPS.

Hasta 1961, cuando fue desactivado para transferir sus recursos humanos al Programa de Capacitación de Personal de Salud Pública, habían egresado del Instituto un total de 66 enfermeras capacitadas en aquellos campos de enfermería [38].

“El Instituto fue ubicado administrativamente en la Dirección de Servicios Técnicos Normativos del MSPAS dirigido, en esos años, por el Dr. Alfredo Lynch... Fui nombrada como su directora

después de un concurso en el que participaron las siete enfermeras que habíamos salido al exterior para capacitarnos en salud pública (...) el Instituto comenzó a operar en octubre de 1958 en un ambiente proporcionado por el Instituto de Medicina Social de la UNMSM” (A. Puente, citada, en Concha, 1995, p. 25).

4. EN EL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE PERSONAL DE SALUD PÚBLICA: 1961-1964

Creación y operación del Programa

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a iniciativa del SCISP, creó en 1961 el Programa de Capacitación de Personal de Salud Pública, como dependencia de dicho organismo peruano-norteamericano, con el propósito de organizar en el país la preparación técnica del personal de los distintos campos de la salud pública para satisfacer gradualmente las necesidades que presentan los servicios centrales y periféricos del Ministerio; propender al perfeccionamiento continuo de los trabajadores de Salud Pública y contribuir al mejor conocimiento de la realidad nacional. Esta creación era concordante con el párrafo 1.d. de la parte resolutive de la Resolución A.2. del Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza Para el Progreso, acordado en Punta del Este: “dar particular importancia a la formación y capacitación de profesionales y auxiliares para la prevención y curación de las enfermedades”.

El 30 de junio de 1962, al dejar de operar el SCISP en el Perú, el Programa de Capacitación – al igual que sus otros programas – pasó a ser administrado por el Servicio Especial de Salud Pública (SESP). Cinco meses antes, el 25 de enero de 1962, este nuevo Servicio había sido creado, por Ley N°13908, donde se le definió como una “persona de derecho público interno, anexo al MSPAS” que tenía asignada – entre otras responsabilidades – la de “dirigir los programas de adiestramiento de personal profesional, técnico y auxiliar que el MSPAS le encomiende”.

El SESP, fue conducido durante su corta existencia por un Consejo Directivo integrado por cinco miembros regulares con derecho a voto, así como, por un número variable de miembros con voz, pero sin voto, entre los cuales estaba el director del SEPS, nombrado por el Ministro de Salud Pública. Este director debía tener “título académico de especialista en Salud Pública otorgado por una Universidad de reconocido prestigio, así como, experiencia administrativa en el manejo de servicios de salud pública”. El primer director del servicio fue el Dr. Alfredo Lynch Cordero, titulado como Magister en Salud Pública por la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, en Baltimore.

Además, en el art. 28º del Reglamento de la Ley N°13908, aprobado por Resolución Suprema del 6 de abril de 1962, se había precisado que: “Al producirse la transferencia al SESP del personal que viene prestando servicios en el SCISP, se conservarán como mínimo las categorías y asignaciones que tenían los servidores dentro de este Servicio en diciembre de 1961...”. De esta manera se trataba de mantener las condiciones de trabajo y salariales establecidas anteriormente por el SCISP, con el fin de retener en el Sector Salud a personal sanitario de alta calificación y de experiencia.

El Centro de Capacitación de Personal del SEPS, como órgano ejecutor del Programa mencionado, comenzó a operar el 14 de mayo del año 1962, en un local alquilado. Centro de Capacitación que,

dos años después, serviría de base para la creación de la Escuela de Salud Pública del Perú. Los objetivos generales del Programa de Capacitación eran cuatro:

1. Cimentar y avanzar la obra de formación de personal de Salud Pública, adiestrando, tecnificando y especializando.
2. Ampliar y mejorar la organización del Centro de Capacitación para orientar el Programa hacia la conformación de una futura Escuela de Salud Pública.
3. Intensificar y diversificar el número y la calidad de la organización de los cursos regionales en diferentes localidades del país para la preparación y formación de personal auxiliar de Salud Pública para los diferentes servicios.
4. Coordinar con las universidades nacionales, en primer término, e internacionales, la obra docente del Programa [39].

Las funciones del Programa debían ser las siguientes:

- F1. Desarrollo de formación o de especialización del personal profesional en diferentes campos de la Salud Pública.
- F2. Asesora y planifica con las Áreas de Salud y otras dependencias locales la formación de personal técnico o auxiliar de salud.
- F3. Propicia y contribuye a la realización de seminarios, conferencias y otros tipos de reuniones científicas cuyos objetivos contribuyan a la mejor preparación y desarrollo técnico de los trabajadores de salud pública del Ministerio.
- F4. Fomenta y desarrolla trabajos de investigación sobre la magnitud y características de los problemas de salud del país, para propiciar su solución.
- F5. Establece relación con organismos internacionales y con escuelas de salud pública del exterior para obtener y utilizar los recursos de docencia disponibles (becas, bolsas de viaje, etc.) para la preparación avanzada del personal nacional.

Desde su creación y hasta su conversión formal en la Escuela de Salud Pública del Perú, el Programa de Capacitación fue dirigido por el Dr. Mario León Ugarte que regresaba nuevamente al país después de trabajar más de una década como funcionario de la OPS/OMS. El personal docente a dedicación exclusiva del Programa estaba constituido por 12 profesionales: tres médicos sanitarios (dos administradores, un epidemiólogo), tres ingenieros sanitarios, un educador para la salud y cinco enfermeras de salud pública; así como de tres técnicos sanitarios y de un estadístico. Las cinco enfermeras eran las transferidas del Instituto de Posgrado de Enfermería. Los médicos: Mario León Ugarte, Manuel Núñez Valdivia y Carlos Vásquez. Los ingenieros sanitarios: Carlos Mantilla, Renato Escobar y Manuel Villanueva Lara. El educador sanitario: Wilson Alva Plascencia. El estadístico: Guillermo Abad. Los técnicos sanitarios: Germán Castro, Raúl Portocarrero y Pedro Zevallos.

El Programa de Capacitación de Personal del SESP desarrolló durante los años 1962 y 1963 una intensa actividad en la capacitación del personal de salud pública de nivel profesional (en Lima), y de nivel no profesional (en Lima y provincias), en colaboración con las autoridades de siete Áreas de Salud. Se pudo dar preparación en diferentes campos de la salud pública y en distintos niveles a un total de 354 personas: 110 fueron profesionales y 244 no profesionales [39].

Preparación efectuada a través de los siguientes cursos:

- Orientación en Administración Hospitalaria para médicos (un curso de seis meses - 11 alumnos).
- Planificación en Salud para directivos de alto nivel del sector salud (tres cursos de dos meses, con un total de 67 egresados).
- Básico de Educación Sanitaria (uno de un mes - 16 alumnos).
- Enfermería de Salud Pública (dos cursos de diez meses - 11 alumnas/curso).
- Educación en Enfermería (dos cursos de once meses - 9 a 12 alumnas/curso).
- Administración de Servicios de Enfermería (dos cursos de once meses - 10 alumnas/ curso).
- Formación de inspectores de saneamiento ambiental (Cinco cursos de seis meses - 17 a 20 alumnos/curso).
- Formación de auxiliares de enfermería (seis cursos descentralizados de seis meses - 40 alumnas/curso).

El Programa contó desde sus inicios con la colaboración económica del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y de la AID para el pago de estipendios de beca a los alumnos provenientes de provincias, así como, para la compra de equipos adicionales, mobiliario de enseñanza y material bibliográfico.

Proyecto del Plan de Capacitación de Personal de Salud Pública

El Gobierno del Perú, signatario de la Carta de Punta del Este, y de manera coincidente con las consideraciones y recomendaciones de la Resolución A2. – Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso – de la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social, preparó en marzo de 1962 un Plan Nacional de Salud a Corto Plazo [40], que incluía, entre otros, un Proyecto de Plan de Capacitación de Personal de Salud Pública. Este Plan Nacional fue sometido a consideración de la Alianza para el Progreso (Comunicación N.º 9562/OCEP, 14-3-62), con el fin de obtener un préstamo a largo plazo.

En enero de 1963, el director en el Perú de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) del Gobierno de Estados Unidos, hizo saber al Gobierno Peruano que dentro de los requisitos de elegibilidad de dicho organismo el proyecto de capacitación de personal de salud pública contenido en el mencionado Plan de Salud, tenía posibilidades favorables para la obtención de la ayuda económica solicitada. En consecuencia, el MSPAS procedió, con la valiosa asesoría de los consultores norteamericanos de la AID, a ampliar y precisar el contenido de dicho Proyecto. El desarrollo del mismo, demandaba inicialmente una inversión de US \$756,960 (20,2 millones de soles) para construcción de locales y adquisición de equipos de un Centro de Capacitación del Personal, futura Escuela de Salud Pública, y para un Centro de Salud Docente. La contribución nacional sería de US \$128,123, necesitándose un préstamo de US \$ 628.837. Asimismo, terminado el proyecto se estimaba que el presupuesto operativo ascendería a la suma de 26,6 millones de soles [32].

La información procedente de los estudios efectuados para fundamentar el Proyecto puso nuevamente en evidencia el déficit de personal capacitado en los diferentes campos de la salud pública, en relación con las necesidades mínimas calculadas para dichos campos. Déficit

cuantificado en un rango que variaba entre el 70% y el 92% del personal mínimo necesario (Cuadro N.º 1) [32].

Cuadro N° 1
NECESIDADES MÍNIMAS DE PERSONAL BÁSICO DE SALUD PÚBLICA. PERÚ 1961

PERSONAL DISPONIBLE DENOMINACIÓN	NECESARIO	CAPACITADO	POR CAPACITAR	%
MÉDICOS				
Administración Hospitalaria	48 (a)	11	37	77.1%
Administración Sanitaria	353 (b)	105	248	70.3%
EDUCADORES DE SALUD	64 (c)	16	48	75.0%
ENFERMERAS				
Salud Pública	520 (d)	115	405	77.9%
Administración y Supervisión en Hospitales	510 (e)	41	469	92.0%
Educación (instructoras)	99 (f)	25	74	74.7%
INSPECTORES DE SANEAMIENTO	520 (d)	74	446	85.8%
AUXILIARES DE ENFERMERÍA	4,240 (g)	500	3,740	88.2%

(a) Un administrador por hospital del MSPAS

(b) Un administrador sanitario por cada 30,000 habitantes

(c) Un educador de salud por cada unidad de salud del MSPAS.

(d) Una enfermera de salud pública o un inspector de saneamiento por cada 20,000 habitantes

(e) Tres enfermeras administradoras por cada hospital público (170 con más de 50 camas)

(f) Nueve instructoras por cada escuela de enfermería (11 escuelas oficiales)

(g) Una auxiliar sanitaria por cada 2,500 habitantes (para hospitales y centros de salud)

Los objetivos específicos contenidos en la versión final del Proyecto eran los que a continuación se enumeran:

1. Creación, organización y funcionamiento de un centro de capacitación para la programación y ejecución de los siguientes cursos para personal profesional.
 - Administración Sanitaria y Hospitalaria, para médicos.
 - Preparación de educadores de la salud, para profesionales universitarios.
 - Enfermería de Salud Pública, para enfermas graduadas.
 - Administración y Supervisión de Servicios de Enfermería Hospitalaria, para enfermeras graduadas.
 - Preparación de instructoras de escuelas de enfermería básica, para enfermeras graduadas.
 - Otros cursos y cursillos, para personal profesional.
2. Obtención de un terreno y construcción de un edificio con las características y facilidades necesarias para el funcionamiento del centro de capacitación, futura escuela de salud pública, y de una unidad de salud, en conexión física y funcional con un hospital estatal ya existente, asegurando la enseñanza teórico-práctica e integrando los conceptos preventivos y curativos de la salud pública.

3. Colaboración con las áreas de salud y otras dependencias periféricas, en Lima y provincias, en la programación y ejecución de cursos para personal auxiliar de saneamiento, de enfermería, y de otro campo de acuerdo a las necesidades de los servicios.
4. Colaboración con las áreas y unidades de salud en el adiestramiento en servicio de personal auxiliar en funciones que no recibió preparación previa.
5. Promoción y auspicio de reuniones científicas que persigan un mejor conocimiento de los problemas sanitarios del país y un progresivo perfeccionamiento técnico de los funcionarios de salud pública del Ministerio.
6. Fomento de trabajos de investigación para el estudio de la magnitud y las características de los problemas de salud del Perú, con miras a su solución.
7. Establecimiento de relaciones con organismos internacionales y escuelas de salud pública para obtener y utilizar adecuadamente recursos de consultoría, de enseñanza avanzada y de ayuda económica, y contribuir al perfeccionamiento técnico del personal dedicado a las labores de salud pública en el país.

Lamentablemente, la muerte del presidente de Estados Unidos, J. F. Kennedy, provocó la interrupción prematura de los proyectos a ser financiados por la AID, en el marco de la Alianza para el Progreso acordada en Punta del Este.

5. FORMACIÓN DE INGENIEROS SANITARIOS EN EL PERÚ

El Perú por la citada Ley 8493 del año 1937, declaró carrera pública la función técnica sanitaria nacional desempeñada por la ingeniería sanitaria y dispuso, en su artículo 3º, que su enseñanza se comenzara como una especialidad en la entonces Escuela de Nacional de Ingenieros (la actual Universidad Nacional de Ingeniería o UNI). En 1940, se crea dicha especialidad en la Escuela, y una comisión integrada por técnicos de la OPS formula el programa de estudios pertinente. Ese mismo año se inicia de manera efectiva la formación de ingenieros sanitarios en nuestro país, y tres años después egresa la primera promoción. La enseñanza estuvo a cargo inicialmente de una sección, luego de un departamento y, finalmente, desde el año 1955, de la Facultad de Ingeniería Sanitaria de la UNI, en cumplimiento de lo dispuesto por la Ley 12397 de julio del mismo año **[41, 42]**.

Además, en virtud del convenio de cooperación entre la Oficina de Administración de Asuntos Extranjeros del Gobierno de Estados Unidos de Norteamérica, la Universidad de Carolina del Norte y la UNI, se impulsó la enseñanza de la ingeniería sanitaria en el Perú mediante el programa de ayuda técnica que se inició en el año 1955. Como parte del Convenio, en forma rotativa, profesores estadounidenses de la Universidad de Carolina permanecían en la UNI, proporcionando orientación y asesoramiento en todo lo relacionado con la mejor formación de alumnos de la Facultad **[41, 42]**.

El éxito del precitado programa se tradujo en ciertos hechos como que Perú se convirtiera en el país con mayor contribución de ingenieros sanitarios que hicieran los programas internacionales de la OSP y Organización Mundial de la Salud, con el soporte del Banco Mundial, BID y otras fuentes de financiamiento multilaterales. Los registros de los programas de las instituciones internacionales de cooperación técnica anotan muchos nombres de ingenieros sanitarios egresados de la UNI **[41, 42]**.

La Escuela y, luego, la Facultad de Ingeniería Sanitaria de la UNI graduó hasta 1961, 18 promociones con un total de 127 ingenieros sanitarios. “En 1964 había en actividad en el sector público un total de 83 ingenieros sanitarios, de los cuales 29 estaban en el MSPAS, 49 en otras institucionales nacionales y municipales relacionadas con aspectos de saneamiento ambiental. El número de trabajadores en el sector correspondía a 41% de los graduados” (MSPAS, 1967, p. 172) [28, 32].

6. FORMACIÓN DE PERSONAL TÉCNICO Y AUXILIAR DE SALUD EN EL PERÚ

Personal técnico de salud y sus auxiliares

El Censo de Recursos Humanos de Salud [28], efectuado el año 1964 en el país, mostró que la formación y utilización del personal técnico de salud era el problema de gestión del personal que menor atención había recibido de parte de las autoridades de salud. Así, en 1964, la mayoría de técnicos no tenían adiestramiento formal, había pocos cursos disponibles y la carrera de “tecnología médica”, estaba aún por iniciarse. Solo dos categorías podían ser objeto de análisis, la de técnico de laboratorio y la de técnico de Rayos X.

Con relación al personal no profesional de los laboratorios de salud, el Censo identificó a 592 personas trabajando en este campo tecnológico, 57% como técnicos y 43% como auxiliares de técnicos. Se estimaba que el total de adiestrados no excedía a los 300, capacitados en cursos cortos en el Seguro Obrero, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y ocasionalmente en otras entidades del sector público.

El mismo Censo informaba que el sector salud empleaba en el año 1964 a solamente 233 técnicos de rayos X y 64 auxiliares técnicos, para atender la demanda de los 267 hospitales y los numerosos establecimientos de atención ambulatoria del país. Además, destacaba que el único curso formalmente organizado para este tipo de formación, con una duración de dos años, era el que había iniciado la Clínica Anglo Americana en 1961, con una producción anual de apenas dos técnicos.

Por otra parte, el MSPAS comunicaba que se habían desarrollado en Lima, entre los años 1946 y 1962, cinco cursos de adiestramiento para Inspectores Sanitarios. Así como, varios cursillos de adiestramiento en distintas localidades del país. Habiéndose preparado, en total, a 109 inspectores. De manera concordante, el Censo de 1964 identificó a 143 inspectores sanitarios y 35 auxiliares de inspectores sanitarios, todos ellos trabajando como personal del MSPAS. Tres de cada cuatro inspectores informaron haber recibido 13 o más semanas de entrenamiento, comparado con 28% de los auxiliares.

Auxiliares de Enfermería

Hasta antes de la década de los cincuenta la formación de las auxiliares de enfermería en el país se había hecho en la modalidad de adiestramiento en servicio en diferentes entidades de salud, siguiendo pautas y orientaciones diversas, las cuales correspondían a las particulares necesidades de los servicios hospitalarios o de los servicios sanitarios que demandaban este tipo de personal. En el período 1946-1959, el SCISP adiestró personal auxiliar de enfermería en cursos

de seis meses de duración, con la denominación de visitadoras de salud. Su formación estuvo orientada a enfatizar la promoción y protección de la salud, pues dichas auxiliares estaban destinadas a trabajar en las unidades sanitarias y centros de salud [27].

Recién en 1958 el MSPAS se responsabilizó de la apertura, normatividad, supervisión y control de los cursos para auxiliares de enfermería, a través del Departamento de Enfermería. Este personal comenzó a ser preparado mediante cursos regulares a cargo del MSPAS, con una duración inicial de seis meses, exigiéndose como requisito de admisión la primaria completa, según la R.S. N.º 45-STN. Como parte de ese control, el Ministerio estableció un registro de las auxiliares con tres o más meses de preparación formal en el país. A fines de 1963, las inscritas en el registro eran un total de 1.533 auxiliares; las dos terceras partes de este total habían aprobado un curso de seis meses [24].

Por otra parte, en el Censo de Recursos Humanos de 1964 se había diferenciado la oferta de este tipo de personal en cuatro subcategorías: la auxiliar de enfermería, la ayudante de enfermería, el enfermero y el sanitario. La primera incluía a las auxiliares que eran utilizadas para proporcionar servicios directos de enfermería a los pacientes. La segunda, estaba conformada por las ayudantes, que, efectuando el mismo tipo de servicios asistenciales, se les asignaba menor grado de responsabilidad. La tercera, correspondía a los auxiliares del sexo masculino. Finalmente, la cuarta incluía al personal encargado de un puesto sanitario del ministerio, al auxiliar que trabajaba en una posta médica, y al sanitario militar que laboraba en alguna de las sanidades. De acuerdo a los resultados del Censo se habían identificado a: 6.049 auxiliares de enfermería, 1.702 ayudantes de enfermería, 608 enfermeros y 759 sanitarios, que sumaban un total de 9.119 trabajadores de salud censado en esta categoría de personal [28].

Sin embargo, de la normatividad establecida desde el año 1958, la preparación de estas auxiliares, a nivel del Sector Salud, continuaba siendo una actividad que no llegaba a responder en proporción ni en calidad a la urgente necesidad de este tipo de personal en un contexto de un desordenado crecimiento de la infraestructura hospitalaria y sanitaria impulsado por la creación de las redes de servicios del MSPAS y de los seguros sociales de salud.

7. SITUACIÓN DEL SANITARISTA PERUANO EN EL AÑO 1964

Las reflexiones que los sanitaristas peruanos hacían, en los inicios de la década de 1960, sobre su carrera como profesionales al servicio de la salud de la población nacional son resumidas brillantemente por el Dr. Hugo Pesce [43], en el discurso que, en representación de dichos profesionales, expuso en la ceremonia de clausura del I Congreso Nacional de Salud Pública. Las principales de esas reflexiones se presentan casi literalmente en los siguientes párrafos:

- Doctrina de trabajo compartida. Se ha puesto de manifiesto que tanto el correcto enfoque de los problemas de salud pública como su solución ejecutiva eficaz requieren un vasto equipo de trabajadores, inspirado por una misma doctrina, con adecuados conocimientos y con capacitación adecuada tanto a nivel central como local.
- Necesidad técnica de un escalafón sanitario. Requisitos indispensables son la práctica obligatoria de los concursos, la garantía de estabilidad en los cargos y adecuadas remuneraciones. Solo así configurada la profesión sanitaria alcanzará categoría jurídica real

y podrá traducirse en instrumento de acción eficaz.

- La carrera sanitaria como un proceso de desarrollo humano. Hoy sabemos que nuestra carrera no es un mero empleo: es aprendizaje, rendimiento, superación progresivos; es firme conciencia técnica y es, por sobre toda cosa, consagración.
- La incomprensión del trabajo del sanitarista. El contemplar los densos informes que al fin del año traducen en áridas cifras la ingente masa de actividades nacionales puede inducir al profano, o en el dirigente con espíritu profano, la visión de un espectáculo rutinario de acumulación de resultados tabulares de acciones mínimas.
- El significado del trabajo del sanitarista. Permítanme afirmar, al cabo de cuatro decenas de ejercicio profesional en frecuente y largo contacto con nuestro territorio, que tras de los resultados tabulares se esconde el inmenso esfuerzo de la penosa captación de los fenómenos primarios, el doloroso desgaste frente a dificultades ajenas a la patología, el sacrificio físico a penalidades ignoradas, la renuncia a múltiples gajes de la civilización y, con frecuencia, esa tabulación máxima que nos brinda la incomprensión de efímeras autoridades huérfanas todavía de conciencia sanitaria.
- El ejército de la salud. La carrera sanitaria que no ha alcanzado su plenitud ni su perfección. Está servida, sin embargo, por una legión de trabajadores que año tras año se esfuerza por mejorar su calidad y rendimiento, en condiciones marcadamente adversas. Al reconocer sus méritos, junto con sus limitaciones, nos cabe renovar un llamado para que los poderes públicos miren con respetuosa atención al ejército de la salud y contribuyan tanto a su mayor eficiencia como a su dignificación, con la seguridad que los sanitaristas seguirán poniendo a contribución todas sus energías y virtudes y se mostrarán cada vez más dignos de la noble tarea que la nación le ha confiado.

Los comentarios de los funcionarios peruanos que trabajaron en servicios de salud administrados en el país por el SCIPS o la FR coinciden en destacar, primero, los grandes aportes que estas entidades hicieron a la tecnificación y modernización de la salud pública nacional; y, luego, las satisfactorias condiciones de trabajo, sueldo y desarrollo profesional que encontraron en estos servicios. Condiciones muy superiores a las existentes en las otras entidades de salud y que, por tanto, garantizaron la disponibilidad de personal con las competencias requeridas para el cumplimiento de los compromisos institucionales. Sin embargo, también coinciden en comentar que los avances en la modernización de los servicios no pudieron ser mantenidos a mediano plazo, ni mucho menos generalizarse al resto del país, debido a que se vieron afectados seriamente por un error de enfoque, cometido a lo largo de más de veinte años de operación. Error que consistió en pretender estandarizar en el Perú un esquema administrativo y financiero que funcionaba en Estados Unidos, sin considerar las diferencias políticas, económicas, culturales y otras de tipo contextual existentes en nuestro país. En palabras de un profesional peruano [44], que inició su carrera de médico en el SCISP y, posteriormente sería un alto funcionario nacional e internacional en organizaciones de salud:

“Las mayores contribuciones del SCISP fue la regionalización y organización de los servicios de salud en el nivel local, así como el desarrollo de los recursos humanos en Salud Pública... Los líderes más destacados de la década de los sesenta adquirieron su capacitación, su vocación, su mística y su experiencia siendo funcionarios del SCISP... A través de sus programas y proyectos formó y capacitó en salud pública, por vez primera en el país, a enfermeras de salud pública, inspectores de saneamiento, médicos veterinarios, trabajadoras sociales, nutricionistas (...) El

SCISP reconocía por ejemplo, que al médico se le debía ofrecer sueldos y condiciones de trabajo apropiados a su situación de profesional de la salud pero no percibió que la economía de algunos países no permitía mantener el nivel de los sueldos y las condiciones de trabajo ofertadas, cuando no se dispusiera del apoyo financiero externo. Por tal razón, cuando el SCISP entregó los servicios que administraba al MSPAS, no se pudo mantener ese nivel ni esas condiciones, iniciándose el deterioro de dichos servicios” (N. Vallejos, 1985, p. 12).

Al respecto de esos organismos cooperativos peruano-norteamericanos, es importante destacar que el personal nacional de sus servicios y programas de salud era contratado en condiciones salariales y de trabajo muy superiores a las que tenían derecho el resto del personal del MSPAS y de otras entidades públicas. Condiciones que les permitieron atraer, capacitar, motivar y mantener personal que se caracterizó por un especial espíritu de trabajo y de compromiso en el desarrollo de sus funciones y tareas, incluso en las provincias más alejadas de Lima.

CUARTO CAPÍTULO: CREACIÓN E INICIOS DE LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DEL PERÚ COMO DEPENDENCIA DEL SESP: 1964-1968



Fotografía de la ceremonia de la inauguración oficial de la Escuela de Salud Pública del Perú el 13 de junio de 1964 (Archivo iconográfico de la ENSAP).

En la fotografía se aprecia al Arquitecto Fernando Belaunde Terry, presidente de la República Peruana; felicitando al Dr. Mario León Ugarte, director fundador de la ESPP; en medio de ellos se encuentra el Dr. Javier Arias Stella, ministro del MSPAS.



Fotografía de los profesores y alumnos asistentes a la ceremonia de clausura del Curso Regular de Salud Pública para Médicos del año 1965, en la Escuela de Salud Pública del Perú (Archivo iconográfico de la ENSAP).

En la fotografía se identifican a los asistentes por filas y de izquierda a derecha. En la primera fila: Carlos Gayoso Pantoja, profesor de Epidemiología; Manuel Núñez Valdivia, subdirector de la Escuela y profesor de salud pública; alumna

no identificada; Mario León Ugarte, director y profesor de Epidemiología; Jorge Castello Castello, profesor de Salud Materno Infantil; Mariano Pimentel Benites, profesor de Administración General; Carlos Vázquez Dávila, profesor de Administración de Salud; Carlos Mantilla Fernandini, ingeniero sanitario y profesor de Saneamiento Ambiental. En la segunda fila: alumno no identificado, Ángel Campos Sánchez, Raúl Paredes Tito, José Medina Vigil, Lizardo Concha Morán, Max Espinoza Galarza, Oscar Torres Solís y alumno no identificado. En la última fila: alumno no identificado, Armando Becerra Hidalgo, alumno no identificado, Américo Mendoza Jiménez, Subierto Vidal Ramos, Rubén Valdivieso Yábar, Pedro Russac Poves y Artemio Loayza Moscoto.

1. EL CONTEXTO NACIONAL: 1964-1968

Contexto general

La radicalización de los sectores sociales medios y populares peruanos habían posibilitado en julio de 1963 la elección del Arquitecto Fernando Belaunde como el presidente de un nuevo gobierno populista, con un corte técnico desarrollista, que proponía un programa de incremento de la inversión pública destinado a generar nuevos ingresos y oportunidades de empleo, al mismo tiempo que implementar reformas estructurales orientadas hacia una mayor “justicia social”. Sin embargo, muy pronto el gobierno de Belaunde tuvo que renunciar a estas reformas, ante la resistencia de la oligarquía y de los grupos políticos de oposición que controlaban el Parlamento.

En realidad, no obstante, esa situación de poder político compartido, el Ejecutivo intentó ejecutar un Plan de Desarrollo que incluía ambiciosos programas de obras públicas, de incremento del gasto público social y de crecimiento del empleo público, a ser financiados con un incremento de los recursos fiscales derivado de una mayor tributación. Programas destinados fundamentalmente a tratar de contener las demandas de los sectores medios y populares urbanos. Intento populista que fracasó, debido a que tales programas no pudieron ser financiados de la manera propuesta por el Ejecutivo, a pesar de la existencia de una coyuntura favorable para las exportaciones peruanas, debido a la oposición del Parlamento. Ello generó un déficit creciente del Presupuesto Público que obligó al Gobierno al endeudamiento externo e interno. La deuda externa creció 460% entre 1963 y 1967, llegando a 737 millones de dólares, que representaba el 19% del PNB [24].

En esas circunstancias, la economía nacional hizo crisis al comenzar la segunda mitad del año 1967, cuando la acumulación de los desequilibrios fiscales, obligó al Gobierno a devaluar en un 44% la moneda. Devaluación acompañada con una inflación anual de 18,4%, una reducción de las inversiones en un 30%, así como, con la necesidad de atender los daños de una gravísima sequía. Finalmente, a la impotencia del gobierno para enfrentar esta crisis económica, se sumaron los efectos políticos del “escándalo de la página 11 del Acta de Talara” y de acusaciones a autoridades gubernamentales de efectuar actos de contrabando. Hechos que provocaron la emergencia anticonstitucional del autodenominado Gobierno Revolucionario de la Fuerza Armada, el 3 de octubre de 1968. Tres años antes, se había iniciado la “primera guerra de guerrillas” en el país, entre junio de 1965 y enero de 1966, que terminó con la derrota y muerte de los insurgentes enfrentados con el Ejército Peruano en Mesa Pelada [24].

Contexto sectorial

Al iniciarse el año 1964, contabilizando solamente el personal del MSPAS se informaba que el subsector público en salud ya daba ocupación a 1.537 médicos, 941 enfermeras, 340 obstetrices, 225 odontólogos, 74 asistentes sociales, 66 farmacéuticos, 29 ingenieros sanitarios, 22 educadores sanitarios, 18 dietistas o nutricionistas, 15 veterinarios y 22 profesionales no médicos; todos los cuales requerían, en algún nivel, capacitación en posgrado en salud pública o administración en salud. Además, ya era crítica la escasez absoluta y relativa de personal profesional, técnico y auxiliar para mantener operativos a un total de 255 hospitales públicos y

privados con alrededor de 28.000 camas arquitectónicas, así como 321 centros de salud o postas médicas y 775 puestos sanitarios [19, 24].

Esa crítica situación dio origen a una exigencia social y política de atender de manera urgente a los requerimientos de personal capacitado en los diferentes campos de gestión de la salud pública, con la finalidad de garantizar la eficiencia y eficacia de las operaciones de la extensa y costosa infraestructura física médico-sanitaria que se había instalada en el país. Exigencia que, inicialmente, solo pudo ser atendida por el Gobierno con la elevación del nivel académico del Centro de Capacitación del SESP, a través de su conversión en una Escuela de la Salud Pública, que cumpliera con los requisitos exigidos en las Américas para este tipo de entidad.

Asimismo, el Decreto Supremo N.º 40/65-DGS del 11 de febrero de 1965 modificó la organización del MSPAS, adecuándola a las pautas generales establecidas por la Reforma de la Administración Pública del año 1962. El 15 de julio de 1965, el jefe del Instituto Nacional de Planificación aprobó el “Plan Nacional de Salud 1966-1967. Primera aproximación al Plan Sectorial de Salud. Integrante del Plan de Desarrollo Económico y Social 1967-1970”. En este Plan se precisaba, de manera concordante con la estructura del Presupuesto Público Anual, que la acción pública en materia de salud se efectuaba a nivel de los tres subsectores del Sector Público Nacional: Gobierno Central, Subsector Público Independiente y Gobiernos Locales.

En el Gobierno Central se ubicaban: el MSPAS, con funciones de gobierno, normativas y ejecutivas en el campo de la salud; así como las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Auxiliares, con funciones ejecutivas vinculadas con su personal. En el Subsector Público Independiente se incluían a los servicios médico-hospitalarios de la Caja Nacional del Seguro Social y del Seguro Social del Empleado; así como al Servicio Especial de Salud Pública (SESP), y el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social. Por último, en el subsector Gobiernos Locales (consejos municipales provinciales y distritales) se efectuaban algunas acciones sanitarias en conformidad de las funciones que le asignaba la Ley de Municipalidades vigente.

La participación del gasto público social (salud + educación) en el gasto fiscal total creció de manera sostenida hasta llegar a su nivel anual máximo en 1966, cuando alcanzó al 41%, para luego decrecer a partir de la crisis de 1967. En lo que corresponde a la tendencia del porcentaje del presupuesto del Gobierno Central destinado directamente a Salud, éste alcanzó al 13,7% en el año 1963, aunque al año siguiente cayó bruscamente a 6,94% y, luego, continuó descendiendo progresivamente hasta 3,48% en 1968. Esta disminución era una consecuencia de las nuevas obligaciones fiscales asumidas en educación – el Parlamento aprobó un incremento de sueldos de 25% anual por cuatro años a 60 mil maestros – cuya atención ya correspondía al 30% del presupuesto del Gobierno Central en el año 1965 [24, 45].

Durante casi todo el período los compromisos financieros y el gasto fiscal del Gobierno en la infraestructura física del MSPAS y de otras entidades públicas, especialmente después el inicio de las operaciones del Fondo de Salud y Bienestar Social, creció de manera significativa. Fuentes oficiales informaban sobre la disponibilidad, en el año 1968, de 285 hospitales públicos y privados, con una tasa de 2,44 camas por mil habitantes, así como 350 centros de salud o postas médicas y 770 puestos sanitarios. En julio de 1968, el Fondo de Salud y Bienestar Social destacaba que, desde su creación, había construido 30 nuevos hospitales en 20 departamentos del país;

remodelado y terminado 11 hospitales; construido 15 centros de salud en ciudades de más de 15.000 habitantes; 60 postas médicas en ciudades de más de 5.000 habitantes y 80 postas sanitarias en pueblos de más de 500 habitantes; así como 300 locales para servicios de salud contruidos y equipados con participación de diversas entidades y de la comunidad [24].

2. BASE LEGAL Y ORGANIZACIÓN DE LA ESPP: 1964-1968

El 25 de febrero de 1964 se dictó el Decreto Supremo N°53-64-DGS, refrendada por los ministros de Salud y Educación, que crea la Escuela de Salud Pública del Perú, con base al Centro de Capacitación de Personal de Salud del SESP. El Gobierno, considerando que dicho Centro había adquirido la experiencia educativa indispensable y que contaba con el personal docente y las facilidades físicas básicas necesarias le otorga formalmente una nueva jerarquía académica. Cumpliendo con lo prescrito en este Decreto, el personal, directivo, docente y administrativo del Programa de Capacitación de Personal de Salud del SESP continuó con el desempeño de sus funciones dentro de la nueva entidad educativa.

Cuatro meses después de la creación formal de la Escuela, el 13 de junio de 1964, se realizó su inauguración oficial, con la participación del Arquitecto Fernando Belaunde Terry, presidente de la República; el Dr. Javier Arias Stella, ministro del MSPAS; y, el Dr. Mario León Ugarte, primer director de la Escuela.

La Escuela inició sus funciones como una dependencia administrativa del SESP, con objetivos docentes, de investigación y de colaboración en salud pública.

Objetivos docentes:

1. Impartir enseñanza académica y práctica en Salud Pública al personal profesional de los órganos centrales y periféricos del MSPAS y de otras entidades estatales y paraestatales relacionadas con la salud.
2. Dictar normas para el adiestramiento de los diferentes tipos de personal auxiliar y prestar asesoría y colaboración a las instituciones encargadas de su ejecución.
3. Promover el progreso técnico permanente del personal de salud pública auspiciando relaciones científicas y utilizando las facilidades de enseñanza alcanzadas en el exterior; en beneficio de los trabajadores peruanos de salud pública.

Objetivos de investigación:

1. Realizar estudios de investigación a fin de conocer mejor los problemas de salud pública del país, con miras a su solución.
2. Estimular y fomentar la investigación de los problemas de salud pública por parte de otras entidades oficiales y privadas.

Objetivos de colaboración:

1. Prestar colaboración técnica a las facultades de medicina que la soliciten, para la enseñanza de la Medicina Preventiva y Social, como parte de la enseñanza médica.

2. Dar asesoramiento técnico a las entidades oficiales y privadas, previa solicitud, sobre problemas de salud pública.

Para cumplir con esos objetivos, la Escuela debía seguir las pautas establecidas anteriormente por el Programa de Capacitación de Personal en los años 1962 y 1963, así como las recomendaciones de la Reunión de Escuelas de Salud Pública de Buenos Aires (1964), mencionadas en el capítulo anterior.

La dirección de la Escuela dependía administrativamente de la Dirección del SESP y era responsable de la marcha de la entidad de acuerdo a la política general establecida por el Consejo Directivo del SESP. Adoptando una estructura administrativa donde se distinguían: la Dirección de la Escuela, el Consejo Directivo, el Consejo Docente, los órganos de apoyo (administración, laboratorio microbiológico, biblioteca) y los ejecutivos (unidades docentes).

Las unidades docentes de la Escuela, responsables de ejecutar los programas de capacitación eran seis, y todas ellas estaban a cargo de los directivos y de los profesores permanentes de la institución, todos ellos capacitados – en un determinado campo especializado – de la salud pública, en universidades y escuelas de salud pública de reconocido prestigio académico. Estas unidades y los sanitaristas que estuvieron a cargo de ellas son enunciados a continuación:

- Epidemiología y Estadística: Mario León Ugarte, médico epidemiólogo.
- Administración de Salud Pública: Manuel Núñez Valdivia, médico administrador.
- Salud de la Madre y el Niño: Jorge Castello Castello, médico sanitarista.
- Saneamiento Ambiental: Carlos Mantilla Fernandini, ingeniero sanitario.
- Educación Sanitaria y Ciencias de la Conducta, Wilson Alva Plascencia: educador sanitario.
- Enfermería: Antonia Puente Iriarte, enfermera de salud pública

3. CAPACITACIÓN A PROFESIONALES EN LA ESPP: 1964-1968

Todos los cursos de capacitación dictados por la Escuela se desarrollaron bajo la modalidad presencial y, por lo tanto, exigían dedicación exclusiva a los alumnos participantes, que para cumplir con esa exigencia debían solicitar las licencias administrativas correspondientes. A los alumnos que no residían en la ciudad sede de la actividad docente, se les proporcionaba un estipendio de beca.

Para la programación anual de sus actividades docentes, la Escuela realizaba una encuesta nacional a nivel de las áreas y unidades de salud del Ministerio y de las entidades de salud que solicitaban sus servicios. Con base a los resultados de esta encuesta y a los recursos disponibles, la Escuela hacía la programación final, señalando las vacantes disponibles para cada uno de los cursos ofertados; todos ellos bajo la modalidad presencial.

Los candidatos a ocupar una de las vacantes del curso debían cumplir un conjunto de requisitos académicos y administrativos establecidos por la Escuela y, luego, ser seleccionado por un Comité Nacional de Becas presidido por el Director General del MSPAS o su representante. Además, se concedían vacantes a otros profesionales procedentes de otros países, cuando eran solicitadas a través de la OPS/OMS u otras entidades de cooperación externa.

Cursos y cursillos para médicos

- Regular de Salud Pública (12 meses de duración). Destinado a altos funcionarios del MSPAS, con varios años de experiencia y que ocupaban plazas nivel de área o unidad de salud. En el período se desarrollaron cuatro cursos, con un total de 89 egresados.
- Administración de Atención Médica y Hospitalaria (8 meses de duración). Para médicos que hubieran recibido anteriormente capacitación posgrado en salud pública y que necesitaban integrar su preparación con conceptos modernos de atención médica y administración hospitalaria. El requisito esencial era el de tener un Diploma del Curso Regular de Salud Pública. En el período culminaron tres cursos, con un total de 33 egresados.
- Intermedio de Salud Pública (3,5 meses de duración). Ofertado a funcionarios de nivel intermedio del MSPAS o a cargo de centros de salud. En estos años se efectuaron cuatro cursos, con un total de 70 egresados.
- Orientación en Salud Pública para Internos Rurales (2,5 meses de duración). El primer curso de este tipo se realizó en 1964 en coordinación con el Servicio Rural Preventivo Asistencial del MSPAS – creado por Decreto Supremo del 17 de enero de 1964 – que contrató en la modalidad de dedicación exclusiva a 20 médicos recién egresados, como “internos rurales de salud pública”, para que ejercieran su labor en las postas médicas en el marco de los programas de salud de las áreas de salud a las que pertenecían. Estos médicos, aun no graduados, recibieron la capacitación programada por el Servicio Rural aludido en la Escuela, con un total de 15 aprobados.
- Planificación en Salud para directivos del Sector Salud (3 meses de duración). Dos cursos en 1964 y 1966, con un total de 40 egresados.
- Salud de la Madre y el Niño y Dinámica de Población (5 meses de duración). Un curso realizado en 1968, con 20 egresados.
- Orientación en Salud Pública y Administración de Servicios de Atención Médica para Jefes de División, Departamentos o Servicios Hospitalarios (un mes de duración). En el año 1967 se efectuaron tres cursos: en Lima, Ica y Arequipa, con un total de 90 egresados. Estos dos últimos fueron los primeros cursos de posgrado que la Escuela realizó fuera de la ciudad de Lima.
- Cursillo para funcionarios de nivel directivo -incluyendo parlamentarios- (4 meses de duración, a tiempo parcial). Uno en 1965, con ocho egresados.
- Cursillo Básico sobre Protección contra las Radiaciones (2 meses de duración). Uno en 1968 con 13 egresados.

Cursos para enfermeras

- Enfermería en Salud Pública (5 meses de duración). Curso con un enfoque preventivo familiar, dirigido a enfermeras con un diploma de enfermería básica profesional. En el período se desarrollaron cinco cursos, con un total de 71 egresadas.
- Administración de Servicios Integrados de Enfermería (8 meses de duración). Curso con un enfoque asistencial e intrahospitalario, Requisitos similares al del anterior, aunque ahora se exigía un mínimo de tres años de experiencia. En esos años se efectuaron cinco cursos, con un total de 115 egresadas.
- Educación en Enfermería (10 meses de duración). Tenía como fin la formación de personal docente para las escuelas de enfermería. En el período de realizaron cuatro cursos con un total de 39 egresadas.

- Principios de Administración de Servicios de Enfermería (2,5 meses de duración). Cursos cortos de administración para atender la demanda de capacitación del personal de enfermería. Dos cursos, en 1967 y 1968, con 54 egresadas.

Cursos para otros tipos de profesionales

- Formación de Educadores de Salud Pública (9 meses de duración). Dirigido a profesionales con no menos de cinco años de estudios universitarios y que hubiesen obtenido el grado correspondiente a Ciencias Médicas o Biológicas, en Pedagogía o Ciencias Sociales. En 1965 se realizó un curso con 14 egresados.
- Formación de nutricionistas (9 meses de duración). El requisito educacional para postular era el título de Dietista con cuatro años de estudio. Se realizó un curso en 1967, con 15 egresadas.
- Orientación en Salud Pública para Asistentes Sociales (2 meses de duración). Dirigido a asistentes sociales que trabajaban en el Sector Salud. Dos cursos, en 1964 y 1967), con un total de 25 egresadas.
- Orientación en Salud Pública para Obstetrices (2 meses de duración). Un curso en 1967, con 14 egresadas.

4. FORMACIÓN Y ADIESTRAMIENTO A PERSONAL SANITARIO NO PROFESIONAL EN LA ESPP: 1964-1968

En cumplimiento de lo establecido en el Decreto Supremo de su creación, la Escuela dictó las normas según las cuales debían efectuarse los cursos de adiestramiento del personal no profesional en diferentes lugares del país, de acuerdo con las necesidades locales de las áreas y unidades de salud. Éstas eran las responsables de la gestión y ejecución de estos cursos en sus respectivos ámbitos jurisdiccionales. Recibiendo de la Escuela la asesoría técnica y la colaboración docente y económica que fueran pertinentes. La única excepción a la aplicación de esas normas fue en el caso de los cursos dirigidos a los técnicos de estadística, debido a la escasez de recursos docentes en este campo fuera de Lima.

Cursos para técnicos en salud

- Curso de Nivel Intermedio para Técnicos de Estadística (6 meses de duración). Dirigido a personal que, teniendo por lo menos estudios secundarios completos, se encontraban trabajando en dependencias de estadística en establecimientos de salud del país. Dos cursos efectuados en el local de la Escuela, uno en 1964 y otro en 1965, con un total de 35 egresados.
- Curso de Técnicos en Estadística de Salud y Registros de Atención Médica (8 meses de duración). Un curso anual en 1966, 1967 y 1968; con un total de 55 egresados.
- Cursillos complementarios en Registros de Atención Médica, para técnicos de estadística anteriormente adiestrados. Un cursillo en 1967, con 37 egresados; y otro en 1968, con 86 egresados.
- Cursos de formación de Inspectores Sanitarios (6 meses de duración). Cada curso estaba a cargo del ingeniero sanitario del área de salud correspondiente, teniendo como jefes de

práctica a inspectores sanitarios de la misma área. La Escuela aportaba su asesoramiento y colaboración, facilitando los servicios docentes de un ingeniero sanitario y de un inspector sanitario (a tiempo completo) de su propio personal. Requisito esencial para ingresar al curso era el haber terminado los estudios secundarios. Entre 1964 y 1968, se efectuaron cinco cursos – en Lima, Puno, Huánuco, Tacna y Cajamarca – con un total de 83 egresados.

Cursos para auxiliares de salud

Las normas para la preparación del personal auxiliar de salud fueron formalizadas por las Resoluciones Ministeriales de Salud N.º 66/64-DGS del 15 de abril de 1964 y N.º 187/64-DGS del 7 de septiembre de 1964. De acuerdo a las mismas, para la programación y el desarrollo de los Cursos de Adiestramiento para Auxiliares de Enfermería (6 meses de duración), la Jefatura del Área de Salud encargaba la realización del curso a un grupo de enfermeras graduadas de su personal, designando a una de ellas como la coordinadora del curso. Ésta venía a la Escuela donde era capacitada en todo lo referente a este adiestramiento, durante 30 días. La coordinadora, una vez capacitada, regresaba al área de salud para dirigir el desarrollo del curso, recibiendo asesoría y supervisión periódica de parte de la Srta. Doris Bueno, enfermera profesora de la Escuela, encargada a tiempo completo a esas tareas, así como a la evaluación posterior del curso. El requisito educacional mínimo para ingresar al curso era el tercer año de educación secundaria. Durante el período 1964-1968 se realizaron 27 de estos cursos, con total de 1.209 egresadas. Un curso en Huancayo, Cajamarca, Huaraz, Ayacucho, Puno, Tacna, Tarapoto, Iquitos, Arequipa, Chiclayo y Pucallpa; dos en Cuzco, Huánuco, Callao e Ica; tres en Trujillo; y, cinco en la ciudad de Lima.

Asimismo, la programación y el desarrollo del Curso de Auxiliares de Estadística (7 semanas de duración) estaba a cargo de técnicos de estadística del personal del área o unidad de salud, previamente capacitado en la Escuela, con la asesoría y colaboración de ésta, a través de su Unidad de Epidemiología y Estadística. Requisito de ingreso era un nivel mínimo de tercer año de secundaria y encontrarse desempeñando actividades dentro de este campo. En el período se realizaron cinco cursos – en Arequipa, Ica, Cuzco, Lima y Tacna – con un total de 124 egresados.

5. INVESTIGACIÓN Y COLABORACIÓN EN LA ESPP: 1964-1968

Las recargadas labores docentes que la Escuela estuvo obligada a cumplir para satisfacer las perentorias demandas de capacitación de parte de los órganos del MSPAS, impidieron que realizara los planes de investigación que tenía el propósito de ejecutar. Sin embargo, la Escuela inició en 1967 un estudio sobre dinámica de la población en tres localidades pertenecientes a las tres regiones naturales del país. Este trabajo se inició con el asesoramiento técnico y ayuda económica de la Oficina Central de la OMS en Ginebra.

Dada la estrecha vinculación del SESP con el MSPAS, la Escuela tuvo la oportunidad de prestar su colaboración a las dependencias del nivel central del ministerio, ya sea emitiendo su opinión técnica sobre numerosos asuntos específicos que eran motivo de estudio o de trámite en esas dependencias, o formando parte de los diferentes comités permanentes o temporales, de las que el director de la Escuela era miembro.

6. RECURSOS DE LA ESPP: 1964-1968

En el año 1968, las actividades docentes programadas por la Escuela estaban a cargo de sus 19 profesores a dedicación exclusiva, incluyendo los directivos de la institución, con el apoyo académico de 143 profesores visitantes o invitados, que participaban por un limitado número de horas-docentes, por las que recibían una bonificación económica simbólica. Estos últimos eran sanitaristas y profesores universitarios de gran experiencia y prestigio en campos específicos de la salud pública. El responsable de la programación y la coordinación académica de cada una de esas actividades era uno de los profesores a dedicación exclusiva. Los profesores visitantes estaban a cargo de la enseñanza teórica y práctica del tema que el coordinador les asignaba de acuerdo con su campo de especialidad.

Al final del período, los profesores transferidos del Centro de Capacitación, se habían incorporado a la ESPP, en la condición de profesores a dedicación exclusiva tres médicos sanitaristas: Jorge Castello Castello, Mariano Pimentel Benites, José Tamayo Calderón; y, una enfermera: Doris Bueno Hermosa.

La intensa actividad docente de la Escuela se cumplió a pesar de las limitaciones de personal y otras de orden material, entre las que se debe resaltar, en primer término, la falta de un local apropiado para el funcionamiento de un centro de enseñanza de su categoría. La planta física que utilizaba era alquilada y carecía de los ambientes requeridos, así como de la funcionalidad deseada. Limitaciones, a las que se sumaban restricciones para la adquisición y el mantenimiento de equipos para la enseñanza y la investigación.

El presupuesto financiero para las operaciones de la Escuela formaba parte del presupuesto del SESP y no fue incrementado, en soles a valores constantes, entre los años 1964 y 1968. Peor aún, la importancia porcentual del presupuesto operativo asignado a la Escuela con relación al presupuesto total del MSPAS disminuyó de 0,96% en 1965 a 0,62 en 1967 [24].

En esas circunstancias, fue importante el apoyo material que recibió la Escuela del UNICEF y de la USAID, que hicieron generosos aportes en mobiliario, equipos, así como de vehículos para el transporte de estudiantes y para la supervisión de las prácticas de campo. Además, el UNICEF destinó anualmente cerca de cuatro millones de soles, específicamente destinados al pago de estipendios de beca a alumnos que procedían de lugares distintos a los de la sede del curso. Por otra parte, la OPS/OMS prestó a la Escuela colaboración técnica por medio de los servicios de consultores a corto plazo, en cumplimiento de un convenio firmado con el Gobierno Peruano en abril de 1965. Además, ofreció bolsas de viaje a miembros docentes de la Escuela para estudios avanzados y visitas de observación a escuelas de salud pública del extranjero.

Al final del año 1968, la Escuela de Salud Pública del Perú era el único centro de posgrado en el campo sanitario que cumplía, en el país, los requisitos internacionales que se exigían a una institución académica para ser calificada como una Escuela de Salud Pública.

7. CONGRESOS NACIONALES DE SALUD PÚBLICA Y LA ESPP

La Sociedad Peruana de Salud Pública tuvo una actuación descollante en el debate sobre los temas políticos y administrativos vinculados con el cuidado de la salud de la población, entre los años 1962 y 1968, realizando tres congresos nacionales de Salud Pública, en la ciudad de Lima. Las conclusiones y recomendaciones de estos eventos se constituyeron en orientaciones para la organización de la acción sanitaria en las siguientes décadas.

El I Congreso Nacional de Salud Pública se realizó entre el 19 y 25 de noviembre de 1962, con los objetivos de unificar criterios sobre los principios doctrinarios de la salud pública, y conocer mejor el estado actual de su desarrollo en el país. Se inscribieron en el Congreso un total de 448 profesionales: 255 médicos, 69 enfermeras, 44 odontólogos, 20 ingenieros, 20 asistentes sociales, 15 obstetrices, 7 veterinarios y 18 de otras profesiones.

Al final del Congreso, en la llamada Declaración de Salud de Huampaní, los sanitaristas peruanos definen diez Principios que van a orientar hasta el siglo XXI el pensamiento y el discurso de las organizaciones representativas de los profesionales de la salud. Uno de estos principios que conforma el núcleo de la doctrina sanitaria peruana es el siguiente: “10. La complejidad de los problemas de salud pública requiere de un equipo de trabajadores con diferentes conocimientos y capacitación en ciencias y disciplinas naturales y sociales, guiados por una misma doctrina, adecuadamente remunerados y con las garantías del Escalafón y perfeccionamiento profesional” [46].

El II Congreso Nacional de Salud Pública se realizó entre el 21 y 27 de noviembre de 1965, con el propósito de “conocer y analizar el proceso y el efecto de las diferentes actividades sanitarias, que se han realizado hasta la actualidad, al tratar de resolver los problemas de salud prioritarios”. Se inscribieron como miembros activos del Congreso un total de 612 profesionales. Uno de los temas tratados fue el de Administración de Personal, que tuvo como relator a Mario León Ugarte, director fundador de la ESPP; y, como correlatores a Nicolás Martínez, Eduardo Zapata y Gloria de Estrella, funcionarios del MSPAS. Además, los alumnos del Curso Regular de Salud Pública para Médicos de la ESPP del año 1965 presentaron como tema libre el documento Reconocimiento de la Profesión de Salud Pública. Anteproyecto de la Ley de Bases [47].

El III Congreso Nacional de Salud Pública se realizó en Lima entre el 19 y 25 de mayo 1968, con tres objetivos: exponer y considerar los problemas prioritarios de la salud pública; apreciar el progreso del país en el campo sanitario, y relacionarlo con las recomendaciones de los dos primeros congresos; y, exponer y considerar las condiciones de trabajo del profesional de salud pública, para buscar las soluciones más adecuadas. Acorde con el tercero de estos objetivos señalados se presentaron nueve trabajos, entre ellos: Capacitación y perfeccionamiento, por el médico sanitarista Jorge Estrella Hermoza; Escalafón sanitario, por el odontólogo sanitarista Darwin del Castillo R.; y, Docencia e investigación, por el médico investigador y profesor universitario Zuño Burstein Alva [48].

En estos tres eventos, se especificaron los adelantos registrados en el campo de la salud pública durante la década del sesenta, así como la voluntad de renovación en la teoría y la práctica sanitaria en nuestro país, señalándose como importante en este sentido, el convencimiento de

que el sector salud no puede resolver por sí solo los problemas de salud, ya que éstos son expresión del nivel de desarrollo económico-social, por lo cual su estudio debe encararse en forma interdisciplinaria. El sector salud es visualizado por los sanitaristas, a partir de estos años, como un sistema único, sin las divisiones que lo segmenta artificialmente, como la medicina asistencial y preventiva, sector público y privado, administración de programas y de servicios, divisiones que tradicionalmente obligaban a enfoques parcializados de los problemas de salud. Deben señalarse también los esfuerzos iniciales realizados para planificar el sector con un enfoque económico; esfuerzos que más que intentos para encontrar un método ideal de planificación, han de considerarse como la más seria tentativa para introducir racionalidad en la acción sanitaria y, como tal, evaluarla a fin de apreciar toda su significación. En el mismo sentido, debe interpretarse la tendencia a ampliar la cobertura de las actividades de salud de modo que cumplan con el objetivo de atender la salud de la totalidad de la población.

La participación activa de la comunidad en la programación y ejecución de las actividades, la visión global de la problemática de los recursos humanos y una notable expansión en el significado de la investigación epidemiológica, constituyen algunos de los aportes conceptuales significativos para la década. Imbricada en estos cambios, los profesores de la ESPP y sus discípulos más distinguidos no sólo intentarán evolucionar, sino que se transformarán en promotores del cambio que se pretenderá dar en el sector salud durante la década del setenta, ya que explícitamente reclaman, en estos eventos, su lugar en la elaboración de la política de salud, trascendiendo los límites de su dependencia administrativa y deseando entrar de lleno a cumplir un papel en la función que el sector tiene en el desarrollo económico-social de nuestro país.

QUINTO CAPÍTULO: LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DEL PERÚ COMO ORGANISMO DE APOYO DEL MINSA: 1969-1980



Fotografía de la ceremonia de clausura del Curso Básico Internacional de Planificación en el Sector Salud en la Escuela de Salud Pública del Perú, efectuada en septiembre de 1972, (Archivo iconográfico de la ENSAP).



En la fotografía se observa al Dr. Armando Becerra Hidalgo que en representación de los alumnos expresa sus agradecimientos. En la mesa de honor se encuentran, de izquierda a derecha: Mayor General (FAP) Fernando Miro Quesada Bahamonde, ministro de salud; Mario León Ugarte, director general de la ESPP; David Tejada de Rivero, director del Centro Panamericano de Planificación de la Salud; y, Jorge Castello Castello, director ejecutivo de la ESPP y coordinador del Curso, (Archivo iconográfico de la ENSAP).

1. EL CONTEXTO NACIONAL: 1969-1980

Contexto general

Entorno nacional reformista de la primera fase del GRFA: 1968-19750

Los primeros días de octubre de 1968, en medio de una crisis económica y política nacional, la Fuerza Armada asume “por la fuerza de la razón y la razón de la fuerza” el poder del Estado. De acuerdo al discurso oficial del Gobierno Revolucionario de las Fuerzas Armadas (GRFA) – se trataba de llevar a cabo un proceso de transformación de las estructuras económicas, sociales, políticas y culturales del Perú, con el fin de lograr una nueva sociedad, definida posteriormente como una “democracia social de participación plena”. Las Fuerzas Armadas gobernaron al país con el Estatuto del GRFA de 1968, que de facto prevalecía sobre la Constitución Política de 1933 en todo aquello que fuera compatible con los objetivos del GRFA.

En la primera fase de este gobierno (1968-1975), dirigida por el General Juan Velasco, se rompió la alianza que el Ejército mantenía con la oligarquía, desde 35 años atrás, a través de dos medidas. Desde 1969 y hasta 1974, ejecutando acciones de reforma contenidas en el Plan Inca (datado el 3 de octubre de 1968), el GRFA puso en marcha un vasto proceso reformista nacionalista sin precedente en la historia peruana. Sin embargo, uno de los aspectos más complejos y contradictorios de este proceso, desde su primera fase, fue lo referente al apoyo a la participación popular como base para reorganizar el sistema sociopolítico. Además, complementariamente a las reformas estructurales propuestas en el Plan Inca, en lo económico el GRFA adoptó un modelo sustitutivo de importaciones propuesto por la CEPAL, aunque el modelo ya mostraba debilidades marcadas en la mayoría de países de la región. De acuerdo con este modelo, la primera gran reforma estructural efectuada por el GRFA fue la agraria. Pero ésta no tuvo, lamentablemente, los efectos económicos esperados [49, 50].

Durante los primeros años de gestión del GRFA, el Perú parecía entrar en una etapa de crecimiento económico sostenido. Luego, las contradicciones internas del gobierno entre los “reformistas” y los “institucionalistas”, agravadas por la acumulación de errores en el manejo de las variables macroeconómicas, provocaron, a partir del año 1974, la interrupción de dicho crecimiento. Más tarde, los efectos de la crisis económica mundial, así como de la conducción voluntarista de la economía nacional, asociada con una conducta contradictoria del GRFA, en su afán de controlar la sociedad y mantener su autonomía respecto a ella, hicieron fracasar el Proyecto Reformista Nacionalista. El final de la primera fase tuvo lugar el 29 de agosto de 1975, con el relevo de Velasco, en la dirección del GRFA, por el general Francisco Morales Bermúdez que lideraba a los “institucionalistas” [49, 50].

Entorno nacional contrareformista de la segunda fase del GRFA: 1975-1980

La segunda fase del GRFA, estuvo marcada por sucesivas crisis de balanza de pagos y sus efectos sociales, transcurriendo en cinco años de inestabilidad económica y política en el país. Esta situación, obligó a la adopción de un plan de estabilización económica ortodoxa bajo los auspicios del Fondo Monetario Internacional (FMI). Plan económico que introdujo, además, medidas de desmontaje de las reformas instrumentadas en la primera fase, así como la adopción

de medidas que encaminaron nuevamente al aparato productivo hacia un modelo de promoción de exportaciones, devolviéndose al sector privado nacional y extranjero la iniciativa en la conducción del desarrollo económico. La lucha contra la crisis económica constituiría lo central del nuevo Plan Túpac Amaru del gobierno militar, relegando los objetivos de reforma.

Como respuesta ciudadana a los paquetes de medidas económicas, los movimientos huelguísticos en el país alcanzaron nuevas dimensiones. En la esfera política, se inició un proceso de retorno del poder a la civilidad en tres etapas: elecciones municipales, elección de una Asamblea Constituyente y elecciones generales. En las elecciones que dieron origen a la Asamblea Constituyente en 1978, el mapa partidario apareció dividido en tres tercios proporcionalmente repartidos entre la derecha, el centro y las izquierdas que, pese a la formación de un frente, mantenían aún su dispersión. El texto constitucional fue sancionado el 12 de julio de 1979 y entró en vigencia a partir del 28 de julio de 1980, con la inauguración del segundo gobierno constitucional de Belaúnde [49, 50].

Contexto administrativo

Con relación a la Reforma de la Administración Pública, el Plan Inca señala como objetivo específico: una estructura dinámica y eficiente para una mejor acción de gobierno y un efectivo servicio a la sociedad. El cual era una respuesta a la siguiente caracterización de su situación: estructura orgánica deficiente, carente de planificación, coordinación y control, lo que origina la centralización y la burocracia; ineficiencia y deshonestidad en la administración pública; procedimientos de administración de personal que responden al favor político y a los intereses de grupo; y, morosidad en la tramitación de expedientes y documentos.

La Reforma de la Administración Pública se inicia con el Decreto Ley N.º 17271, Ley de Ministerios, de 3 de diciembre de 1968. En este dispositivo se precisa que el Ministerio es el órgano rector de cada Sector y que la principal función del ministro es la de formular y dirigir la política del Sector o sectores que le competen, en armonía con la política general y los planes del gobierno. En el ámbito de cada Sector se constituyen dos tipos de Organismos Públicos Descentralizados: las Empresas Públicas, encargadas de producir bienes y servicios lucrativos, y las Instituciones Públicas, encargadas de producir servicios sociales o no lucrativos. Además, se crean los Sistemas Administrativos de “equilibrio” y de “apoyo”, horizontales a los Sectores, con el fin de racionalizar la acción pública; sin embargo, estos sistemas adquirirían pronto las características burocráticas y centralistas que pretendían corregir en las entidades públicas.

El Sistema Nacional de Planificación (SNP) adquirió especial relevancia durante el período; durante los años de gestión del GRFA, formuló y evaluó con regularidad los Planes Nacionales de Desarrollo de 1971-1975 y de 1975-1978; con un sesgo estatista y controlista. También, inició la formulación y evaluación de planes sectoriales de corto plazo de periodicidad primero anual y luego bienal, utilizando técnicas de planificación del sector público desarrollados por la CEPAL, adaptadas al país por el Instituto Nacional de Planificación [49, 50].

Por otro lado, además de las tradicionales funciones de seguridad y de legitimación, el GRFA desplegó agresivamente, durante la primera fase, una función de acumulación económica estatal. La administración de estas nuevas actividades obligó al Estado a ampliar su aparato institucional vinculado con los sectores productivos.

En lo que corresponde al gasto público social, desde la primera fase del Gobierno Militar se interrumpió la tendencia a la expansión de dicho gasto observada durante la gestión de los anteriores gobiernos populistas. Los sectores sociales tuvieron escasa presencia en la estructura de los presupuestos gubernamentales, no obstante que la “Reforma de la Educación” se había iniciado en el año 1972. Al parecer, los militares “reformistas” estaban convencidos que el acceso los servicios sociales se garantizaría a través de las reformas del control de la propiedad y de la administración pública, antes que con medidas coyunturales de tipo fiscal. La importancia relativa del gasto social en el gasto público total, que en 1964 habían alcanzado al 35%, descendió al 24,9% en la primera fase y a 19,5% en la segunda fase [51]. Además, el gasto social público en educación y salud tuvo una tendencia declinante como porcentaje del PBI, con valores de 4,13% en 1970 y de 3,67% en 1980 [52].

Contexto sectorial

En el Sector Salud

En ese nuevo contexto de la Administración Pública, la implementación jurídica de una nueva organización sectorial de salud se inició en marzo de 1969, con la Ley Orgánica del Sector Salud y el Código Sanitario, aprobados autoritariamente, en el marco establecido por el “Plan Inca” del GRFA. La nueva organización se sustentaba políticamente en un objetivo: “Medicina socialmente orientada y al alcance de toda la población” (21. Salud. Plan Inca, 1968); y, administrativamente, en lo dispuesto por la Ley de Ministerios ya comentada.

Teniendo formalmente al Ministerio de Salud (MINSa) como ente rector del Sector Salud, se intentó afirmar la Autoridad Sectorial del Ministro de Salud; primero, a través del Código Sanitario (1969) y, luego, de la Ley del Sistema Nacional Coordinado de Servicios de Salud (1978), con fuertes resistencias de las entidades de la seguridad social vinculadas con la atención médica de los obreros y empleados. Se formularon y ejecutaron planes sectoriales de salud, conformados por programas de atención integral, a cargo de estructuras desconcentradas en un ámbito departamental, zonal o regional. Además, se desactivó al SESP, se convirtió al Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social de una entidad financiadora del gasto social a otra limitada a la función recaudadora, así como se culminó con la transferencia de la administración de los hospitales de las Beneficencias al MINSa. Durante todo el período 1968-1980, de manera contraria a lo sucedido en el período anterior, por distintos motivos – ideológicos, políticos y económicos – la proporción del presupuesto del Gobierno Central, asignado al Sector Salud, mostró una tendencia decreciente; variando, durante la primera fase entre 6,39% y 5,39%, en tanto que en la segunda fase fluctuó entre 4,46 y 3,91% [49, 50].

Por otra parte, durante esos años, el MINSa tuvo que adecuar su organización, al igual que los otros sectores sociales, a los requerimientos de la Ley de la Reforma de la Educación (Decreto Ley N.º 19326, dado el 21 de marzo de 1972; y su modificatorio, el Decreto Ley N.º 22268, dado el 26 de agosto de 1978), así como, a los derivados del proceso de desconcentración territorial funcional del Poder Ejecutivo, iniciado después del sismo de 1970. Ello permitió, en el caso de la educación, la creación del Programa SECIGRA-Salud, el ensayo del “bachiller profesional de la salud”, así como la utilización formal de personal no convencional de salud.

Finalmente, existe consenso en la afirmación que los hechos más importantes sucedidos en este período en el campo del cuidado de la salud fueron los siguientes: la formalización del derecho a la salud, primero a nivel legal (1969) y luego constitucional (1979); el desarrollo del subsistema de planificación sectorial de salud; la creación de la Comisión del Proyecto de la Ley General de Salud” (CPLGS); la definición de una doctrina sanitaria nacional por la CPLGS (1977), base de la propuesta peruana de apoyo a la atención primaria presentada en Alma Ata; la formulación e inicio del Plan Nacional de Apoyo a la Atención Primaria de Salud 1978-1980; la creación y el funcionamiento exitoso del Programa Piloto del SECIGRA-Salud; así como, las creaciones formales del Sistema Nacional de Servicios de Salud (1978), del Sistema de Prestaciones de Salud del Seguro Social del Perú (1979) y del Instituto Peruano de Seguridad Social (1980) [49, 50].

En el Sector Educación

La Ley General de Educación de 1972 abordó la reforma de la educación como una cuestión política y económico-social, que debía comprometer la participación organizada de la comunidad (nuclearizada), vinculando la educación con el desarrollo y el trabajo. Inspirada en intelectuales como Augusto Salazar Bondy, Emilio Barrantes y Walter Peñaloza, entre otros que conformaron la Comisión encargada de formularla, planteaba que no se podía cambiar la estructura económica, social y cultural del país si no se reformaba su educación, y no se podía transformar su educación si no se modificaban las bases económicas y sociales sobre las cuales estaba sustentada [53].

La estructura del sistema de la educación peruana, prescrita en la Ley, comprendió tres niveles educativos: Educación Inicial, Educación Básica y Educación Superior. La Educación Inicial, para niños de 0 a 6 años de edad, era seguida por la Educación Básica, general y obligatoria, de nueve grados de estudios. La Educación Superior ofrece una formación general y una capacitación especializada con carácter científico y profesional a desarrollarse en tres ciclos. El primero de éstos, conduce al Bachillerato Profesional; el segundo, a los Títulos de Especialidad Profesional y Licenciatura y al Grado de Bachiller Académico; y, el tercero, a los Grados de Maestría y Doctorado.

La educación del primer ciclo de la Educación Superior se impartiría en las Escuelas Superiores de Educación Profesional (ESEP), que podrían ser estatales y particulares. La educación del segundo y tercer ciclo se desarrollarían en las universidades. La innovación más audaz impuesta por la Ley fue la creación de la ESEP, diseñada como un ciclo inmediatamente superior a la Educación Básica, con la finalidad de proporcionar una formación y certificación de bachiller profesional que permitía a sus egresados ingresar al mercado de trabajo sin tener que seguir estudios universitarios. El Bachiller Profesional egresado de una ESEP estaría facultado a ejercer su profesión en el campo ocupacional para el cual había sido formado, sin más limitaciones que lo establecido en el perfil profesional específico. Las ESEP se convertían así en un nivel de estudios obligatorios para todos, incluyendo a quienes luego postularían, voluntariamente, a la universidad para lograr una mayor calificación profesional y académica. La constitución de las ESEP fue un proceso accidentado que se inició en 1977 y fue interrumpido en 1983, debido a la resistencia a su funcionamiento de parte de los gremios y colegios profesionales. Sin embargo, llegaron a funcionar en el país unas 100 ESEP, con una población cercana a los 50 mil estudiantes [49, 53].

Otra innovación de la misma Ley fue la definición de siete modalidades educativas. Entre éstas, la calificación profesional extraordinaria, que fue concebida como una modalidad básicamente no escolarizada de capacitación de trabajo para oficios específicos, impartidos a través de centros privados y estatales, denominados Centros No Estatales del Calificación Profesional Extraordinaria (CNECAPES) Centro Nacionales Estatales del Calificación Profesional Extraordinaria (CENACAPES), así como de unidades de instrucción de las empresas de los diferentes sectores de actividad económica. Centros que debían funcionar de acuerdo a normas generales establecidas por el Ministerio de Educación. A fines de la década de los setenta habían surgido las academias privadas, como CNECAPES, para la preparación de auxiliares de enfermería, con autorización – solo algunas – del Ministerio de Educación, pero sin ninguna participación del MINSA en dicha autorización, ni siquiera en la organización de los programas de estudio [49, 53].

Una tercera innovación fue la creación del Servicio Civil de Graduandos, definido en el artículo 332º de la Ley como “aquel que los educandos deben prestar al culminar sus estudios profesionales, en forma de trabajo calificado, como requisito para obtener el título correspondiente a los dos primeros ciclos de la Educación Superior” [49, 53].

2. BASE LEGAL Y ORGANIZACIÓN DE LA ESPP COMO ORGANISMO DE APOYO DEL MINSA: 1969-1980

Cambios en la base legal

La Ley Orgánica del Sector de Salud del 21 de marzo de 1969 desactiva el SESP, y define a la Escuela de Salud Pública del Perú como “organismo de apoyo” del MINSA, encargado de dictar cursos de salud pública y otros de 'posgrado a los profesionales de salud; preparar personal de mando medio y formular normas para la preparación local del personal auxiliar, de acuerdo a las necesidades del Ministerio. Tres días antes, en la Sección Sexta del Código Sanitario (Decreto Ley N.º 17595) se le había reconocido como “Centro Superior de enseñanza especializada que tenía la responsabilidad de la capacitación posgrado del personal de los diversos campos relacionados con la salud pública” [49, 50].

El 27 de abril de 1973 se aprobó el Reglamento de la Escuela, donde se señala que en su organización se distinguen la Dirección General, a cargo del Dr. Mario León Ugarte, y dos órganos ejecutivos; la Dirección de Enseñanza Post Grado y la Dirección de Enseñanza a Personal de Mando Medio y Auxiliar. En el primero de estos órganos, se sucederían en su dirección los médicos sanitarios: Manuel Núñez Valdivia, hasta su traslado en septiembre de 1972 al cargo de Director de Normas Técnicas del MINSA; Jorge Castello Castello, hasta su transferencia en enero de 1978 al cargo de Director Ejecutivo de Programas de Salud del MINSA; y, Carlos Bustíos Romaní, transferido a la Escuela desde la Oficina de Planificación Sectorial del MINSA. En el segundo de estos órganos la dirección estuvo a cargo del Ingeniero Sanitario Carlos Mantilla Fernandini, durante todo el período.

Dos años después de aprobado, en cumplimiento de lo dispuesto por la Ley General de Educación, se modificó el Reglamento de la Escuela con el Decreto Supremo N°0045-75-SA, del 21 de febrero de 1975, creándose un tercer órgano ejecutivo: la Dirección de Coordinación

Educativa Sectorial, La cual estuvo a cargo, sucesivamente, de los médicos sanitaristas José Neyra Ramírez y Alejandro Patrón Pazos. La citada Ley establecía que cada Ministerio contara con un elemento permanente encargado de las acciones educativas dentro del respectivo Sector y de asegurar la coordinación con el Ministerio de Educación.

Organización

Para cumplir con lo señalado en su base legal, la Escuela adoptó una estructura donde se distinguían como órganos administrativos: la dirección general, el comité consultivo, un órgano de apoyo (sección administrativa), seis órganos de asesoramiento (las unidades académicas); y tres órganos ejecutivos (las direcciones mencionadas en los párrafos anteriores). Los principales cambios, con relación a la anterior estructura vigente en el período anterior, fueron que las unidades docentes – órganos ejecutivos hasta 1973 – fueron convertidas en unidades académicas que asesoraban a la dirección general, en la especialidad correspondiente; así como, que las direcciones, nuevos órganos ejecutivos, quedaron a cargo de la programación, organización y ejecución de las actividades docentes, así como de las de coordinación educativa sectorial.

Al final del período, el personal directivo de la Escuela era el siguiente;

- Director General: Dr. Mario León Ugarte;
- Director de Coordinación Educativa Sectorial: Dr. Alejandro Patrón Pazos;
- Subdirector de Coordinación Educativa Sectorial: Dr. Roberto López Ibarra;
- Director de Estudios Posgrado: Dr. Carlos Bustíos Romaní;
- Subdirector de Estudios Posgrado: Dr. Mariano Pimentel Benites;
- Director de Formación de Personal no profesional: Ing. Sanitario Carlos Mantilla Fernandini;
- Subdirector de Formación de Personal no profesional: Ing. Sanitario Manuel Villanueva Lara.

Objetivos

Una vez completada su reorganización administrativa, los objetivos de la Escuela fueron los siguientes:

1. Que la formación y capacitación del personal que trabaje en este Sector, así como de otros sectores, se ajuste a las características de la problemática de salud del país.
2. Que todas las acciones educativas en salud sean coherentes con la política del Sector Salud y con los principios generales del Sistema Nacional de Educación.
3. Que las acciones educativas en salud realizadas en este Sector, así como, en otros sectores sean desarrolladas en forma coordinada, de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Educación.
4. Que el personal profesional, intermedio y auxiliar del Sector Salud, así como de otros sectores que realizan acciones de atención de la salud, reciban adecuada capacitación para asegurar su eficiente desempeño en las respectivas áreas ocupacionales.
5. Que la investigación científica en el campo de la salud pública, cuente con un organismo que la fomente, oriente y coordine.
6. Que los órganos del Sector Salud y de otros sectores que desarrollen acciones educativas en

salud, disponga de normación, asesoramiento y apoyo que favorezca el eficiente cumplimiento de esta función.

3. CAPACITACIÓN POSTGRADO EN LA ESPP: 1969-1980

Al igual que en el período anterior, todos los cursos de capacitación dictados por la Escuela exigían dedicación exclusiva a los alumnos participantes, que para tal efecto debían solicitar las licencias administrativas correspondientes. A los alumnos que no residían en la ciudad sede de la actividad docente, se les proporcionaba un estipendio de beca.

Para la programación de las actividades docentes, la Escuela realizaba una encuesta anual nacional a nivel de las distintas dependencias del MINSA. Con base a los resultados de esta encuesta y a los recursos disponibles hacía la programación, señalando las vacantes disponibles para cada uno de los cursos ofertados; todos ellos continuaban siendo realizados en la modalidad presencial.

Los candidatos a ocupar una de las vacantes del curso debían cumplir un conjunto de requisitos académicos y administrativos establecidos por la Escuela y, luego, ser seleccionados por un Comité Nacional de Becas. Además, se concedían vacantes a otros profesionales procedentes de otras entidades nacionales de salud, a solicitud de sus autoridades o a través de convenios con éstas; así como de otros países, cuando eran solicitadas a través de la OPS/OMS u otras entidades de cooperación externa.

Para favorecer el cumplimiento de sus objetivos de capacitación posgrado, la Escuela se beneficiaba de la relación permanente que mantenía con la Universidad Peruana y de su condición de miembro institucional de la Asociación Peruana de Programas Académicos de Medicina Humana (ASPEFAM).

Cursos de salud pública multiprofesionales

- Regular de Salud Pública (12 meses de duración). En el período se desarrollaron cuatro cursos, con un total de 126 egresados. El último se efectuó en 1977.
- Intermedio de Salud Pública (3,5 meses de duración). En estos años se efectuaron nueve cursos, con un total de 178 egresados. El último se desarrolló en 1979.
- Orientación en Salud Pública (1,2 meses de duración). Veinte cursos en Lima y provincias, con un total de 822 alumnos; el último en 1979.

Estuvieron dirigidos a los médicos jefes de servicio de los hospitales del Sector y se desarrollaron tanto en Lima como en provincias, bajo la dirección del Dr. José Tamayo Calderón. El prestigio alcanzado por esta actividad, determinó que años después el Dr. Tamayo fuera contratado por la OPS/OMS para replicarla en otros países de la Región.

Cursos de salud pública dirigidos a determinados profesionales

- Enfermería en Salud Pública (5 meses de duración). En el periodo se desarrollaron diez cursos, con un total de 350 egresadas.
- Formación de Educadores de Salud Pública (9 meses de duración). Un curso con 20 egresados, en el año 1976.

- Formación de nutricionistas (9 meses de duración). Un curso en 1969 con 14 egresadas.
- Salud Pública para Ingenieros Sanitarios (6 meses de duración). Un curso, en 1971, con un total de 12 egresados.
- Salud Pública para Médicos Veterinarios (6 meses de duración). Tres cursos con 49 egresados, el último en 1975.
- Salud Pública para Odontólogos (6 meses de duración). Dos cursos, con un total de 33 egresados; el último en 1973.
- Salud Pública para Asistentes Sociales (3 meses de duración). Cinco cursos, con un total de 85 egresadas; el último en 1978.
- Salud Pública para Obstetrices (3 meses de duración). Cinco cursos, con un total de 104 egresadas.
- Orientación en Salud Pública para Médicos Residentes de la UNMSM (1 mes de duración). Dos cursos con un total de 51 alumnos. Efectuados por docente de la Escuela, en los años 1979 y 1980, en cumplimiento de un Convenio de Colaboración Académica de la Escuela con el Programa Académico de Medicina Humana de la UNMSM; suscrito por ambas entidades, a solicitud de la segunda.

Administración de la Salud y de la formación del personal

- Administración de Atención Médica y Hospitalaria (8 meses de duración). En el período culminaron dos cursos, con un total de 31 egresados. Efectuados en los años 1970 y 1974.
- Administración de Servicios Integrados de Enfermería (8 meses de duración). En esos años se efectuaron cinco cursos, con un total de 151 egresadas; el último, en 1976.
- Educación en Enfermería (10 meses de duración). En el período de realizaron tres cursos con un total de 44 egresadas; el último en 1976.
- Principios de Administración de Servicios de Enfermería. Cursos cortos de administración para atender la demanda de capacitación del personal de enfermería. Dos cursos de 2,5 meses de duración, en Lima en 1969 y Ica en 1970, con 51 egresadas. Así como, otros diez cursillos de 1,1 meses de duración, con un total de 338 alumnas.
- Orientación de Instructores para la formación del personal de Puestos Sanitarios (1,5 meses de duración). Un curso con 17 alumnos en 1977.
- Supervisión de Adiestramiento de Auxiliares de Enfermería (1 mes de duración). Cuatro cursos con un total de 60 alumnas; el último curso en 1979.

Cursos post-básicos y de actualización en otros campos de la salud pública

- Post-básico de Salud Mental en Enfermería (5 meses de duración). Tres cursos con un total de 91 egresadas. Se efectuaron en los años 1969, 1970 y 1972.
- Enfermería en Salud Ocupacional (un mes de duración). Un curso con 7 alumnas, el año 1977.
- Planificación en Salud para enfermeras (3 meses de duración). Dos cursos, en 1969 y en 1972, con un total de 39 egresadas.
- Planificación Sectorial en Salud (3,5 meses de duración). Un curso en 1979, con 20 egresados.
- Curso de Epidemiología (2 meses de duración). Uno con 16 alumnos, en 1973.
- Política de Población Materno-infantil (1,1 meses de duración). Tres cursos con un total de

- 151 alumnos; efectuados en los años 1977 y 1978.
- Salud Materno Infantil (0,5 mes de duración). Tres cursillos con un total de 80 alumnos; en los años 1974, 1975 y 1976.
- Cursillo de Orientación en Saneamiento Ambiental (0,5 mes de duración). Uno en 1972 con 10 egresados.

Apoyo al desarrollo de la planificación sectorial

Durante el periodo analizado, la importancia asignada por el Gobierno a las actividades de programación, control y evaluación sectorial del Sistema Nacional de Planificación, conducido por el Instituto Nacional de Planificación (INP), hizo necesario que la Escuela priorizara la enseñanza de la planificación de salud en el desarrollo de todas sus actividades académicas. Esta enseñanza estuvo a cargo de un equipo docente que dirigió el Dr. Jorge Castello Castello, quien también sería el Coordinador Responsable de los Cursos Internacionales de Planificación de la Salud. Los otros miembros de este equipo eran tres profesores permanentes de la Escuela – los Dres. Alejandro Patrón Pazos y Constantino Domínguez Barrera, y el Ing. Manuel Villanueva Lara –, así como la profesora invitada. Dra. Angélica Iparraguirre de Castello, jefa de la Unidad de Recursos Humanos de la Oficina Sectorial de Salud del MINSA. Todos ellos capacitados formalmente en cursos nacionales e internacionales de planificación de la salud.

Este equipo docente, a través de sus actividades académicas en la Escuela y en la Universidad Peruana, difundió durante dos décadas los nuevos enfoques, conceptos e instrumentos que sobre formulación de proyectos nacionales y de planes de salud continuaban aportando no solo el INP, sino también otras unidades especializadas como el Centro Panamericano de Planificación de la Salud, y el Centro Académico de Estudios Militares del Perú (CAEM).

Además, los miembros de ese equipo, así como personal egresado de la Escuela contribuyeron positivamente en la elaboración de los planes y programas de salud de áreas hospitalarias de las direcciones zonales o regionales del país, especialmente por su participación en la difusión y en el adiestramiento en la aplicación de la “Guía de Programación de Actividades de Salud” (Res. Min. N.º 0046-71-SA/DS).

4. POSTGRADO INTERNACIONAL EN LA ESPP: 1969-1980

En lo relacionado a sus actividades en el campo internacional, la Escuela colaboró con la capacitación y formación de personal de salud pública de otros países, admitiendo en los cursos que realizaba, a estudiantes extranjeros becados por organismos internacionales. Ella es, por otra parte, miembro fundador de la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (ALAESPP).

Por el prestigio académico alcanzado por la Escuela en el ámbito latinoamericano fue encargada, en la década de los setenta, de la coordinación académica y administrativa de cinco cursos y cuatro seminarios internacionales, con el apoyo financiero de entidades de cooperación externa, especialmente de la OPS/OMS.

Cursos internacionales de planificación de la salud

Se realizaron tres Cursos Básicos Internacionales de Planificación en el Sector Salud (1972, 1974 y 1975), con 67 egresados. De este total, 45 eran altos funcionarios peruanos de entidades del Sector Salud; los 22 restantes procedían de otros doce países latinoamericanos. Los cursos se realizaron con el apoyo técnico y financiero del Centro Panamericano de Planificación de la Salud (CPPS). Para desarrollar los más importantes temas, fueron invitados los más distinguidos sanitaristas de la década de 1970, entre los que mencionaremos a: David Tejada de Rivero, director del CPPS y futuro subdirector de la OMS; Carlyle Guerra de Macedo, que años después sería director de la OPS/OMS; así como a Mario Testa; Emiro Trujillo, Eduardo Sarue, Claudio Sepúlveda, y Enrique Rubín de Celis. Todos ellos pioneros y maestros de la planificación y la administración sanitaria latinoamericana. El Dr. Jorge Castello Castello, en ese entonces Director de Estudios de la Escuela, fue el Coordinador de dichos cursos [49, 50].

En septiembre de 1971, la OSP había organizado el CPPS, nombrando al Dr. Tejada como su primer director, con la finalidad de encontrar nuevas orientaciones para superar – a través de programas de asesoramiento, adiestramiento, investigación e información – las limitaciones teóricas y prácticas de la planificación “normativa”. En el de adiestramiento se concedió especial atención a los cursos básicos internacionales de planificación, como medio de difusión y fortalecimiento de esas nuevas orientaciones. Los primeros se efectuaron en las escuelas de salud pública de Costa Rica, Medellín, Lima y México. En ellos se desplazó la discusión de la planificación de la salud desde el ámbito de “lo económico” o “lo técnico” – donde lo ubica en enfoque “normativo” – al ámbito de “lo político”, comenzando a utilizar un nuevo enfoque “adaptativo” de la planificación. Es dentro de este nuevo enfoque que se desarrollan los contenidos docentes pertinentes. Cursos en que se capacitaron los planificadores de salud latinoamericanos, entre ellos peruanos, durante la primera mitad de la década de 1970 [49, 54].

Otras actividades académicas internacionales

- Curso Internacional sobre Salud y Bienestar Social (1,5 meses de duración). Uno en el año 1973, con 34 participantes, de los cuales 10 procedían de seis países vecinos.
- Curso Internacional sobre Programación de Enfermería (1,5 meses de duración). Dos cursos con un total de 43 participantes, de los cuales 16 procedían de 13 países vecinos.
- Seminario Internacional sobre Administración de Atención Médica y Hospitalaria (1970), con 16 participantes extranjeros procedentes de cinco países latinoamericanos.
- Seminario Internacional sobre Programación de Inversiones en el Sector Salud (1971), con nueve participantes extranjeros procedentes de cinco países latinoamericanos.
- Seminario Internacional sobre Enfermería Materno-Infantil (1973), con 14 participantes extranjeros procedentes de cuatro países latinoamericanos.
- Seminario Internacional Avanzado sobre Políticas y Estrategias en Planificación de la Salud (1974), con 11 participantes extranjeros procedentes de siete países latinoamericanos.

5. FORMACIÓN Y ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL SANITARIO NO PROFESIONAL EN LA ESPP: 1969-1980

La Dirección de Enseñanza a Personal de Mando Medio y Auxiliar estuvo encargada, en cumplimiento de lo establecido en su base legal, de dictar las normas según las cuales tenía que efectuarse el adiestramiento del personal no profesional del MINSA. Por otra parte, debía prestar asesoría, apoyo técnico y colaboración económica a los Servicios del MINSA que eran responsables de ejecutar esta actividad de adiestramiento – de manera concordante con dichas normas – en el ámbito de su jurisdicción. Sin embargo, en varias oportunidades la Escuela tuvo que desarrollar directamente, con sus propios recursos docentes, la ejecución del adiestramiento. Ello, debido a la escasez de tales recursos fuera de la capital del país. Tal fue el caso, por ejemplo, de los cursos para técnicos de estadística y de registros médicos.

Las actividades de adiestramiento efectuadas en los servicios del MINSA, asesoradas y apoyadas por la Escuela, fueron dirigidas al personal técnico de estadística y de saneamiento, a las auxiliares de enfermería, así como, al personal de servicios de laboratorio, radiología y mantenimiento. La mayoría de ellas, efectuadas de manera descentralizada, a solicitud de los diversos Servicios Periféricos que tenían la urgente necesidad de contar con ese personal para los nuevos establecimientos de salud que entraban en operación.

En coordinación con las autoridades de los servicios periféricos, de la Dirección de Mantenimiento de Locales de Salud y otras dependencias del MINSA, la Escuela participó, durante el período 1969-1980, en las siguientes actividades de adiestramiento.

- Curso de Formación de Técnicos en Estadística de Salud y Registros de Atención Médica (10 meses de duración). Diez cursos, con un total de 203 egresados; el último curso se realizó el año 1980. Sede: local de la Escuela. Los cursos conducidos por los estadísticos Guillermo Abad y Alberto Salcedo, alcanzó prestigio internacional, un total de 39 de sus egresados eran extranjeros.
- Curso de Formación de Técnicos de Laboratorio (seis meses de duración). Ocho cursos, con un total de 143 egresados; el último curso se realizó el año 1980. Sede: local de la Escuela que contaba con un laboratorio bien implementado.
- Curso de Formación de Técnicos en Radiología (seis meses de duración). Cuatro cursos, con un total de 69 egresados; el último curso se realizó el año 1976. Sede: diversos servicios de salud de establecimientos ubicados en Lima.
- Curso de Formación de Técnicos de Saneamiento (seis meses de duración). Ocho cursos, con un total de 143 egresados; el último curso se realizó el año 1980. Sedes descentralizadas en Servicios Periféricos del MINSA
- Curso de Mantenimiento de Equipos Electromecánicos de Establecimientos de Salud (2,5 meses de duración). Dos cursos, con un total de 41 egresados; el último curso se realizó el año 1980. Sede en el Hospital Dos de Mayo de Lima.
- Curso de Operadores de Maquinaria Industrial I de Sala de Máquinas de los Establecimientos de Salud (dos meses de duración). Tres cursos; el último curso se realizó el año 1980. Sede en el Hospital Dos de Mayo de Lima.
- Curso para Técnicos de Prótesis y Ortodoncia (12 meses de duración). Un curso efectuado en Lima, el año 1977, con 21 alumnos.

- Curso de Adiestramiento de Auxiliares de Enfermería (6 meses de duración). Un total de 102 cursos en 23 sedes, con un total de 3.372 egresadas. De este total de cursos: 37 cursos se efectuaron en Lima-Callao; seis en Arequipa, Huánuco y Pucallpa; cinco en Ica, Puno y Trujillo; los demás cursos en las otras 16 sedes.
- Curso de Auxiliares de Estadística (3,5 meses de duración). Quince cursos, con un total de 267 egresados; el último curso se realizó el año 1975. Sede descentralizada en servicios periféricos del MINSA

Además, debido al auge que adquirió la planificación en el Sector y otros requerimientos del personal técnico en ejercicio, la Escuela realizó en su local las siguientes actividades:

- Curso de Planificación para técnicos de estadística (10 meses de duración). Dos cursos, con un total de 91 egresados; en los años 1972 y 1976.
- Curso de Métodos Cuantitativos de Planificación: Control de Proyectos (un mes de duración). Dos cursos, con un total de 57 egresados, en los años 1971 y 1972.
- Curso para Instructores de Registro Civil (0,5 mes de duración). Tres cursos, con un total de 81 participantes, en 1971 y 1972.
- Curso de Clasificación Internacional de Enfermedades (0,5 mes de duración), con un total de 100 participantes, en 1979.
- Curso Básico de Personal (un mes de duración). Dos cursos, con un total de 86 participantes, en el año 1976.

6. PARTICIPACIÓN DE LA ESPP EN LA REFORMA DE LA EDUCACIÓN

La Escuela y la Ley General de Educación de 1972

Coordinación educativa sectorial y sistema de capacitación en el MINSA

La Ley General de Educación de 1972 dispuso en sus artículos 47º y 49º: primero, que las acciones educativas sistemáticas realizadas por todos los sectores serán coordinadas por el Ministerio de Educación; y, luego, que para garantizar la mejor realización de esta coordinación cada ministerio contará con un elemento permanente encargado de las acciones educativas dentro del respectivo Sector.

Para el cumplimiento formal de esas disposiciones en el Sector Salud, se dictó el Decreto Supremo N.º 0045-75-SA, del 21 de febrero de 1975, que modificó el Reglamento de la Escuela de Salud Pública del Perú, creándose en su organización un tercer órgano ejecutivo: la Dirección de Coordinación Educativa Sectorial. El director de este nuevo órgano era el representante del MINSA ante la "Junta Permanente de Coordinación Educativa del Ministerio de Educación".

La nueva Dirección organizó funcionalmente un subsistema de capacitación en el MINSA, para atender las necesidades educativas correspondientes, promoviendo la creación y organización de unidades de capacitación en todos los niveles y establecimientos del MINSA. Organización que fue precisada y formalizada, en el año 1979, por Resolución Ministerial Nº0153-79-SA/DS, donde se prescribe lo siguiente: "Las normas de alcance nacional que sobre acciones educativas en salud elabora la Escuela de Salud Pública, deberán ser adecuadas a la circunscripción a su cargo,

tenga el Comité de Capacitación Regional. Cada dirección regional establecerá una unidad regional de capacitación encargada de llevar a la práctica las acciones educativas de ese nivel y consolidar los proyectos correspondientes a las áreas hospitalarias. En cada organismo público y descentralizado y área hospitalaria se establecerá una unidad de capacitación. La Escuela de Salud Pública queda facultada para elaborar las directivas reglamentarias que requieran el cumplimiento de lo establecido en la presente Resolución, las que deberán ser aprobadas por resolución directoral superior”.

Por otro lado, por Resolución Suprema N°8011-79/DS se había formalizado las Normas para el Desarrollo de Acciones Educativas en Salud por los Centros de Calificación Profesional Extraordinaria, en la cual se precisan los mecanismos de coordinación y las responsabilidades de los Ministerios de Salud y de Educación. Luego, fueron aprobadas, por Resolución Ministerial N°0514-79-SA/DS, las Normas Administrativas y Técnico-pedagógicas, y Modelo de Estructura Básica Curricular para la Formación de Auxiliares de Enfermería. Estas normas, fueron elaboradas por personal de la Escuela en coordinación con representantes del Ministerio de Educación.

Además, en ese mismo año de 1979, la Escuela coordinó los grupos de trabajo encargados oficialmente por ambos ministerios de la formulación de las Normas Administrativas y Técnico-pedagógicas, y Modelo de Estructura Básica Curricular para la formación de otros cinco grupos ocupacionales: Auxiliares de Laboratorio Clínico, Auxiliares Dentales, Auxiliares de Farmacia, Secretarios Médicos y Auxiliares de Estadística de Salud y Registros de Atención Médica.

De acuerdo a esas normas, las direcciones regionales de salud, en coordinación con las direcciones de educación, quedaron encargadas de cautelar el cumplimiento de las mismas y evaluar el desarrollo de los cursos dictados en los Centros No Estatales de Capacitación para el Empleo (Sin embargo, estas autoridades regionales se abstuvieron de todo tipo de acción efectiva de control de las actividades de estos centros privados, que continuaron operando sin considerar la existencia de esta nueva normatividad.

Evaluación de la formación de bachilleres profesionales en el área de salud

En el año 1975, se inició la formación de Bachilleres del Área Profesional de Salud (BPS) en siete ESEP experimentales. El programa curricular tiene una duración de seis semestres económicos. La falta de una adecuada coordinación intersectorial determinó que la orientación y, por ende, las características fundamentales de la formación el BPS estuviera a cargo del Ministerio de Educación, con muy escasa participación del MINSA.

Ello dio origen a importantes discrepancias entre funcionarios, directivos y técnicos de ambas entidades, sobre el perfil ocupacional, programación curricular y otros aspectos de este proceso educativo. De estas discrepancias se derivaron dificultades para la formación del BPS, entre ellas, el impase para el uso de los servicios del MINSA en los aspectos prácticos de su aprendizaje. Dificultades que retardaron el egreso de la primera promoción del BPS e hicieron presumir serias insuficiencias en la formación de este personal.

La Resolución Suprema N°009-78-SA/DS, del 25 de mayo de 1978, refrendado por los ministros de Salud y Educación, dispone incluir en el personal de salud a los BPS, como recurso humano

capacitado para atender las necesidades de salud que requieren el empleo de métodos y técnicas de mediana complejidad y “facultar al MINSA para la formulación, aprobación y ejecución del Plan de Extensión de Cobertura de Atención Integral de la Salud con la incorporación el BPS”. Plan que fue aprobado por la Resolución Ministerial N°116-78-SA/DS del 31 de mayo de 1978; en el capítulo VII del Plan, se ordena que “bajo la responsabilidad de la Escuela de Salud Pública y durante 9 semanas, los candidatos preseleccionados (para trabajar en el MINSA) recibirán Curso de Orientación en Servicio”.

En interpretación de lo dispuesto en el Plan, las actividades docentes debían iniciarse en agosto de 1978 para capacitar a 100 BPS, antes del término de dicho año, para que trabajaran en los establecimientos periféricos de la Región de Salud Nor Occidental, con sede en Piura. La Escuela era responsable de la normación, asesoramiento y apoyo docente a los cursos a efectuarse en Piura, en tanto que Dirección Regional de Salud Nor Occidental era responsable de la administración y desarrollo de dichos cursos.

Se obtuvo fondos del UNICEF para desarrollar dos de los tres cursos previstos para el 1978. En los dos cursos desarrollados se recibió a 62 postulantes procedentes de las ESEP de Piura, Comas, Moquegua y Juliaca que, en conjunto, representaban el 30% de los egresados de todas las ESEP con Área Profesional de Salud del país. Del total de estos postulantes aceptados, 7 se retiraron antes del término del curso, egresando 55 BPS. La edad promedio de los egresados fue de 19 años y la distribución por sexo señala que el 56,4% del total fueron del sexo femenino. Finalmente, del total de egresados de estos dos cursos, solo 25 fueron contratados para trabajar en puestos sanitarios de la Región Nor Occidental [55].

En el desarrollo de la enseñanza de los aspectos prácticos de los cursos de orientación hubo problemas por la resistencia del personal profesional regional – rechazo en el caso de los médicos del Hospital Regional de Piura – para colaborar en las actividades docentes. Ello obligó un mayor apoyo de parte de personal de la Escuela y el destaque a Piura de personal médico de la Dirección General de Programas de Salud del MINSA para la etapa de residentado [55].

La Escuela realizó un estudio evaluativo de las competencias de estos BPS – antes y después del curso de orientación – para asumir con eficacia las responsabilidades que se les asignaba en el sistema de servicios del MINSA. Las principales conclusiones del estudio muestran: primero, que previamente al curso de orientación existían grandes insuficiencias en la formación recibida en las ESEP, especialmente manifestadas en el área psicomotora; segundo, que los BPS egresados del curso de orientación muestran una disminución significativa de esas insuficiencias, aunque persisten las relacionadas con el cumplimiento de las funciones de reparación de la salud que les son asignadas; y, tercero, los mayores logros en el aprendizaje se registran en el comportamiento requerido para un eficaz desempeño en labores de educación sanitaria y desarrollo comunal [55].

Reconocimiento del rango universitario de la Escuela de Salud Pública

En mayo de 1980, dos meses antes del final del Gobierno Militar de Morales Bermúdez, se dicta el Decreto Ley N.º 23072, por el cual se reconoce a la Escuela de Salud Pública del Perú como Centro de Post-Grado del Tercer Ciclo de Educación Superior, con rango universitario para ofrecer

estudios de Maestría de carácter profesional en Salud Pública; autorizándola a otorgar, a nombre de la Nación, el Grado de Magister de carácter profesional en Salud Pública. En los considerandos de ese DL se argumenta que los Programas de alto nivel académico que desarrolla la Escuela requieren de una previa evaluación universitaria y que es necesario ubicarla dentro del Sistema de Educación Peruana establecida por la Ley General de Educación vigente.

Dos meses después, el Consejo Nacional de la Universidad Peruana (CONUP), previa la evaluación correspondiente, autorizó a la Escuela el establecimiento del Programa de Maestría de carácter profesional en Salud Pública, a través de la Resolución N°9113-80-CONUP del 22 de julio de 1980.

7. INVESTIGACIÓN Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO: 1969-1980

Las recargadas labores docentes que la Escuela estuvo obligada a cumplir para satisfacer las perentorias demandas de capacitación de parte de los órganos del MSPAS, así como sus limitaciones presupuestarias para sus operaciones no impidieron, sin embargo, que su personal realizara actividades de investigación vinculadas con la formación y la capacitación de recursos humanos de salud. Entre estas investigaciones mencionaremos las siguientes:

- Evaluación de la Escuela de Salud Pública: Utilización de los Servicios de los Egresados. M. León, J. Castello, A. Patrón y C. Domínguez. ESPP, Lima; 1974. Presentada en la VIII Conferencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina.
- Actividades en los Puestos Sanitarios para la atención rural en el Perú. Informe Preliminar. D. Concha. ESPP, Lima; 1976
- Evaluación Diagnóstica a los Bachilleres Profesionales de Salud de las ESEP de Moquegua y Juliaca antes de recibir el Curso de Orientación en Servicio. D. Concha. ESPP, Lima; 1978.
- Actividades que realiza el Personal de Nivel Técnico y Auxiliar de Salud en diversas Áreas Ocupacionales y en diferentes instituciones del Sector Salud (Investigación Operativa), Comisión nombrada por R.M. 0004-78-SA/DS. ESPP, Lima, 1978.
- Estudio Evaluativo de los Bachilleres Profesionales de Salud que recibieron el Ciclo de Capacitación para trabajar al servicio del Ministerio de Salud. C. Bustíos, y M. León. ESPP, Lima; 1978.
- Requerimientos de Personal de Salud para el Perú en el período 1978-1982 (Informe de la Comisión nombrada por R.M. N.º 0131-77-SA/DS). ESPP, Lima; 1979.
- Estado actual de la formación del Personal Técnico Médico en Salud. M. León, A. Pazos y C. Mantilla. ESPP, Lima; 1980.

Entre otros estudios o investigaciones sobre temas de salud pública registrados en los archivos de la Escuela se encuentran los siguientes:

- Estudio sobre Dinámica Poblacional en las Comunidades de Masma-Junín y Lurín-Lima. M. León. ESPP, Lima; 1973.
- El caso de Tuberculosis como recurso estratégico, en los Programas de Control de Tuberculosis. D. Concha. ESPP, Lima; 1974.
- Salmonelosis en el Hospital Cayetano Heredia de Lima. D. Concha, y Olga Vega. ESPP, Lima; 1979.

La Escuela cumplió en el país un importante rol en la producción y reproducción de material académico especialmente en los campos de la salud pública, administración de sistemas y planificación de la salud. Material que fue ampliamente difundido a nivel nacional, a través de sus actividades descentralizadas y de sus egresados, así como de un trabajo deliberado de intercambio de información con otras entidades académicas nacionales y extranjeras.

En este trabajo de difusión la Escuela editó y difundió, durante este periodo, tres Series de Publicaciones. La Serie de Publicaciones Científicas, con 14 títulos. La Serie de Trabajos Científicos, con 11 títulos. La Serie de Trabajos de Investigación, con 6 títulos.

8. PARTICIPACIÓN DE LA ESPP EN LA REFORMA DE LA SALUD

En el inicio de la década del 70, en el contexto reformista de la primera fase del GRFA, la difusión en el Perú de las propuestas que, sobre la política de coordinación o de integración de las actividades de cuidado de la salud poblacional que se estaban haciendo desde la OPS/OMS provocó en la orden médica peruana un intenso debate sobre dichas propuestas. Los médicos asistenciales y los sanitaristas comenzaron a debatir públicamente, desde posiciones opuestas, sobre las ventajas alternativas de dos modalidades de organización: el Sistema Nacional Coordinado de Salud (SNCS) y el Servicio Único de Salud (SUS). Desde ambas posiciones, se afirmaba que se coincidía en la defensa del derecho a la salud, pero que existían discrepancias antagónicas con relación a la participación del Estado en la producción y en la propiedad de los servicios de salud, así como en la autonomía de los componentes del futuro sistema o servicio.

Un grupo de exalumnos – Armando Becerra Hidalgo, Ernesto Coloma Maldonado y Carlos Bustíos Romaní – y docentes invitados de la Escuela de Salud Pública, que en esos años trabajaban como funcionarios en el nivel central del MINSA – Manuel Alencastre Gutiérrez y Enrique Rubín de Celis – tuvieron una participación protagónica en la iniciativa y, luego, en la sustentación doctrinaria y técnica, ante las autoridades de Alta Dirección del MINSA y del GRFA, de la necesidad de la creación de una Comisión Gubernamental de Alto Nivel encargada de elaborar un Proyecto de Ley General de Salud, que iniciara una reforma sustantiva de la organización del cuidado de la salud en el país. Una vez lograda la autorización política correspondiente del presidente Velasco Alvarado, se inició la ejecución del programa preparatorio, a cargo del grupo aludido en estrecha coordinación con el asesor ejecutivo del ministro de salud [49, 50].

En el desarrollo de ese programa preparatorio se efectuaron reuniones con diferentes actores sociales comprometidos con las reformas efectuadas por el GRFA, para informarles sobre los alcances de la iniciativa, así como para recibir sugerencias destinadas a su mejor implementación. Entre estos actores se encontraban los directores de los diarios de mayor difusión nacional, y los funcionarios que habían participado en la organización del proceso de elaboración de la Ley General de Educación. Atendiendo a una de esas sugerencias, la Alta Dirección del MINSA autorizó, por Resolución Ministerial N°00072- SA/DS, la realización del Primer Seminario sobre Estructura Sociopolítica y Política Sectorial de Salud, con el propósito de “Analizar la situación sociopolítica del Sector para impulsar el proceso de cambios en el Sistema de Servicios de Salud y lograr la identificación del personal directivo del Ministerio de Salud en el proceso de la Reforma de la Administración Pública”. La organización de este Seminario estuvo a cargo de las Oficinas Sectorial de Planificación, y de Organización y Métodos del MINSA, así como

de la Escuela de Salud Pública del Perú. Se realizó con todo éxito en el local de la Escuela, participando a tiempo completo 53 altos funcionarios del Sector Salud, entre el 7 y el 12 de abril de 1975. La alta importancia política asignada al evento puede inferirse por la presencia, entre los expositores, de las autoridades máximas del Comité de Asesoramiento de la Presidencia de la República (COAP), el Instituto Nacional de Planificación y el Instituto Nacional de la Administración Pública, así como del jesuita Romeo Luna Victoria, del Movimiento Sacerdotal ONIS. La principal recomendación del Seminario fue la de constituir una comisión multidisciplinaria encargada de elaborar el Proyecto de “Ley General de Salud, documento que interpretará y explicará la problemática de salud existente, culminando con el planteamiento de soluciones” [49, 50].

El 6 de agosto de 1975, el GRFA, presidido aún por el General (EP) Juan Velasco Alvarado, expidió el Decreto Supremo N°00193-75-SA/DS que ordenó formalmente la constitución de una comisión que se encargara de realizar “los estudios necesarios de la situación de salud del país y formular el Proyecto de Ley General de Salud que permita lograr una medicina socialmente orientada y al alcance de toda la población”. Para cumplir con este encargo, el 7 de octubre de 1975, por Resolución Suprema N°00286-75-SA/DS se conformó la “Comisión del Proyecto de Ley General de Salud” (CPLGS), presidida por el Dr. Mario León Ugarte, director general de la ESPP y conformada, además – entre otros funcionarios de distintos sectores y profesiones – por los exalumnos y profesores mencionados en uno de los párrafos anteriores. Comisión multisectorial que luego sería ampliada, para incluir en ella a siete representantes de los colegios profesionales, a través de una nueva resolución suprema dictada el 7 de noviembre de 1975. Los funcionarios nombrados como miembros permanentes de la CPLGS, fueron destacados a la Comisión para trabajar en ella a dedicación exclusiva por un período que se extendió, finalmente, a trece meses [49, 56].

La Comisión se instaló oficialmente el 10 de noviembre de 1975, recibiendo en la primera etapa de su trabajo, el apoyo bibliográfico y documentario de 146 instituciones estatales y no estatales, así como la colaboración temporal de 350 profesionales de las distintas disciplinas sociales y de salud para la creación, recuperación y análisis de la información pertinente. Cerca del final de la segunda etapa de su trabajo, en febrero de 1977, después de prolongados debates internos y grandes esfuerzos por obtener acuerdos consensuales, la Comisión cumplió con el encargo recibido y presentó al Consejo de Ministros, presidido por el General (EP) Francisco Morales Bermúdez, su Informe General Final, suscrito por 21 de sus miembros [49, 56].

Los miembros de la CPLGS habían coincidido en el análisis y conclusiones diagnósticas sobre la situación de salud del país, así como consensuado los principios doctrinarios que debían sustentar los objetivos del Modelo de Cuidado de la Salud a ser formalizado por la Ley General de Salud. Pero hubo tres aspectos del modelo en los que no hubo coincidencia ni consenso entre dichos miembros: la estructura y funciones, el régimen de propiedad y el financiamiento de nuevo modelo.

Por esa razón, el Informe contenía dos propuestas alternativas, una en mayoría (15 miembros) y otra en minoría (con seis miembros), sobre estos tres aspectos. La primera, suscrita por el presidente de la Comisión, exalumnos de la ESPP, sanitaristas y científicos sociales miembros de la misma, era la de integrar la estructura, la propiedad y el financiamiento de las entidades

estatales y de seguridad social componentes del sistema. La segunda, apoyada por los representantes de los colegios profesionales y de la seguridad social, era la de coordinar las actividades de los componentes del sistema, que mantendrían su autonomía administrativa y económica. Veinte meses después de presentado el Informe al Consejo de Ministros, el Gobierno Militar promulgó el Decreto Ley Nº22365 por el que se creó el Sistema Coordinado Nacional de Servicios de Salud, en base a la alternativa propuesta en minoría. Poniendo en las agendas políticas, tanto gubernamentales como partidarias, el tema de la Reforma y la Contrarreforma en Salud de manera definitiva [49, 56].

La participación de directivos y exalumnos de la Escuela en la creación y el desarrollo del trabajo de la CPLGS y, luego, en la difusión de los documentos producidos por la misma fue muy importante. En la etapa de la creación, preparando los documentos de fundamentación técnica y política pertinente. En la etapa de desarrollo del trabajo, por la actuación de Mario León Ugarte, como presidente y moderador de los debates, así como por los aportes de sus directivos y exalumnos al contenido y a la redacción del Informe Final. En la etapa de difusión, socializando los resultados del trabajo de la Comisión a través de las publicaciones y de las otras actividades docentes de la Escuela.

En la propuesta en mayoría presentada en el informe general se recomendaba la creación de un Centro de Formación y Capacitación de Personal de Salud con base en los recursos de la ESPP. Este Centro, sería un Organismo Público Descentralizado del Sector Salud y tendría como finalidad “investigar, normar, promover, asesorar y supervisar en el ámbito de su competencia, las acciones de formación y capacitación del personal de salud, incluyendo los miembros de la comunidad, según las modalidades, niveles y ciclos previstos en la Ley General de Educación”.

Al ser nombrado presidente de la CPLGS, el Dr. León fue destacado a dedicación exclusiva a dicha Comisión, desde enero de 1976. Teniendo que actuar como director general encargado de la Escuela, primero, el Dr. José Neyra Ramírez (enero a abril de 1976; y, luego, el Dr. Alejandro Patrón Pazos (mayo de 1976 a enero de 1977).

9. LA ESPP Y LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA: 1978-1980

El informe del Perú a la Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud, realizada en Alma-Ata entre el 6-12 de septiembre de 1978, fue preparado por una Comisión Ad Hoc presidida por el Dr. Mario León Ugarte, director general de la ESPP. El Informe de esta Comisión incluye el concepto peruano de Atención Primaria de la Salud, definido como: “el conjunto de acciones desarrolladas por la comunidad, dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de salud, mediante el uso de sus recursos administrados por su propia organización” [49, 57]. La propuesta asignaba un rol protagónico a las organizaciones comunales y una especial importancia a sus iniciativas en el cuidado primario de la salud, por lo cual los servicios formales de salud debían intervenir esencialmente, en ese nivel, con una función de apoyo a dichas iniciativas.

Tomando como base el contenido de esa propuesta y de la Declaración de Alma Ata, el desarrollo de la atención primaria se constituyó en la primera prioridad del Sistema Nacional de Servicios de Salud. En aplicación de esta prioridad, se formularon el Plan Nacional de Apoyo a la Atención Primaria 1980-83 y los Programas Regionales de Apoyo a la Atención Primaria de Salud; con un

presupuesto cuadrienal de 79,5 millones de dólares: 45,6 millones del Tesoro Público y 33,8 millones de Cooperación Externa. Con la formalización de esas provisiones el Gobierno Militar pretendió, casi al final de su gestión, comprometer al siguiente gobierno civil en el cumplimiento de los compromisos adquiridos por el país en reuniones internacionales. Sin embargo, al producirse el cambio de Gobierno en julio de 1980, los mencionados Planes y Programas se paralizaron y, finalmente, se desactivaron [49, 58].

La conducción de la formulación del plan y de los programas mencionados estuvieron a cargo de un grupo de trabajo de la Dirección de Programas de Salud del Ministerio de Salud, que desde 1977 estaba estudiando las experiencias recogidas en la ejecución de los proyectos de participación en salud ejecutados en el país, así como, las propuestas que al respecto habían sido elaboradas. Grupo de expertos en apoyo a la atención primaria que estuvo coordinado por el Dr. Jorge Castello Castello, y que tuvo como uno de sus principales miembros al Dr. Oscar Martínez Horna. Estos dos funcionarios actuarían, en el siguiente periodo, como directivos de la ESPP [49, 59].

10. RECURSOS DE LA ESPP: 1969-1980

En el período hubo cambios en el plantel docente de la Escuela, entre ellos la disminución del número de profesores a dedicación exclusiva, incluyendo los directivos, que de un máximo de 23 en el año 1971 bajó a un mínimo de 19 al final del año 1979. Por diversas razones se habían retirado ocho docentes que fueron reemplazados, parcialmente, por los Dres. Carlos Bustíos, Darío Concha, Constantino Domínguez, Edgard Velarde y el técnico estadístico Dante Rivera del Mar.

En esos años, las actividades docentes de la Escuela fueron desarrolladas, además de los profesores de planta, por profesores visitantes nacionales y extranjeros de gran prestigio y experiencia. Estos últimos tuvieron una participación protagónica en los cinco cursos y cuatro seminarios internacionales a los que nos hemos referido en páginas anteriores, con el apoyo financiero de la OPS/OMS. Al igual que en el periodo anterior, el responsable de la programación y la coordinación académica de cada una de esas actividades fue uno de los profesores a dedicación exclusiva de la Escuela. Los profesores visitantes estaban a cargo de la enseñanza teórica y práctica del tema que el coordinador le asignaba de acuerdo al campo de su especialidad.

Los recursos materiales y financieros disponibles por la Escuela para sus actividades continuaban siendo escasos para el cumplimiento de las responsabilidades que les eran asignadas formalmente; cada vez mayores, por nuevos requerimientos derivados de las reformas de la educación y del cuidado de la salud, en un contexto que la participación de los sectores sociales en la estructura del gasto público estaba decreciendo. Reiteramos, durante el período el gasto social público en educación y salud tuvo una tendencia declinante como porcentaje del PBI, con valores de 4,13% en 1970 y de 3,67% en 1980). Además, el monto presupuestal anual asignado a la Escuela medido, con su participación porcentual en el presupuesto total del MINSA, fue disminuyendo progresivamente de 0,94% en 1969 a 0,20% en el año 1980 [49].

En esas difíciles circunstancias presupuestarias, la Escuela estuvo obligada a continuar con sus actividades trabajando en condiciones materiales cada vez más inapropiadas para el

funcionamiento de un centro de enseñanza de posgrado. Es decir, al igual que en el periodo anterior, funcionaba en el mismo local alquilado y con restricciones para la adquisición y el mantenimiento de equipos para la enseñanza y la investigación, así como, para las actividades docentes a ser efectuadas fuera de Lima. Por estas restricciones, fue muy importante el apoyo técnico y material que recibió la Escuela de organismos de cooperación externa para la realización de aquellos cursos y seminarios internacionales. También fue importante, el apoyo económico del UNICEF para el pago de estipendios de beca a alumnos que procedían de lugares distintos a las de la sede del curso, y para el desarrollo de los ciclos de orientación en servicio de los BPS.

Sin embargo, de esas limitaciones y restricciones, la Escuela de Salud Pública del Perú continuaba siendo, al final de este periodo, el único Centro de Posgrado en el campo de la Salud Pública que cumplía, en el país, los requisitos académicos nacionales e internacionales que se exigían a una institución académica de este nivel, siendo miembro fundador de la ALAESP.

SEXTO CAPÍTULO: LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DEL PERÚ COMO ÓRGANO DE APOYO DEL MINSA Y CON RANGO UNIVERSITARIO



Fotografía de la Primera Promoción de Maestría de Salud Pública (1982-1983) en el Perú, desarrollada en la Escuela de Salud Pública del Perú (Archivo iconográfico de la ENSAP).

En la fotografía se identifica en la primera fila desde el cuarto lugar, de izquierda a derecha, los profesores: Víctor Raúl Huerta-Mercado, experto en salud mental; Carlos Bustíos, director ejecutivo de la ESPP y coordinador de la maestría; Margarita Petrera, socióloga y economista en salud; Fernando Ellegreen, planificador y epistemólogo; y, Mariano Pimentel, médico sanitarista.

1. EL CONTEXTO NACIONAL: 1980-1985

Contexto general

El 28 de julio de 1980 fechó el inicio de un nuevo régimen democrático, presidido por el arquitecto Belaúnde, pero también el de la lucha armada de Sendero Luminoso contra el Estado Peruano. Este movimiento terrorista se convertiría en pocos años en uno de los más cruentos de nuestra historia, afectando severamente la vida política, social y económica del Perú.

La gestión económica del nuevo gobierno se orientó por un pensamiento ortodoxo liberal, tratando de culminar el desmantelamiento de las reformas velasquistas. La política de estabilización conservó plena vigencia y no hubo intentos significativos para una reestructuración sectorial destinada a dinamizar la economía y el empleo. En los hechos, el objetivo básico fue el de obtener excedentes económicos en la balanza de pagos para cumplir con las obligaciones con los acreedores extranjeros. Sin embargo, además de los efectos de la crisis de la deuda externa y la recesión internacional, el advenimiento del fenómeno de El Niño en 1983, sumados a los de la falta de convicción del gobierno en su propia política, originaron que la inflación superara los tres dígitos (125% en 1983), a la cual se añadía una caída al - 12% de PBI en el mismo año. En 1984, el Gobierno cesó al criticado equipo de tecnócratas que hasta el final del tercer año del régimen estuvo tomando las decisiones económicas. A fines de este año, la deuda externa total del Perú equivalía al 78,5% de su PBI [60].

En lo político, el período estuvo marcado por la contradicción entre las altas expectativas ciudadanas puestas en el cambio del régimen militar y la profundización de la crisis política y económica a partir de 1983. Entre los años 1982 y 1984, debido a la inflación y a la política de contención salarial, se produjo una persistente caída de los salarios reales de la población. Las demandas por el cambio de la política gubernamental se intensificaron y se ampliaron. A las presiones sindicales, cada vez más fuertes, se sumaron las ejercidas por otras fuerzas populares frustradas por la escasa eficacia del régimen en la lucha contra la pobreza, el desempleo y la subversión. Entre agosto de 1980 y julio de 1985 se produjeron 67 cambios ministeriales, que evidenciaban la nueva inestabilidad y fragilidad del régimen [60].

Por otro lado, la violencia ejercida por las fuerzas subversivas y antisubversivas del Estado, rompió las estructuras tradicionales de las diversas formas de organización social, así como impidió el desarrollo de la familia y la comunidad en el mundo rural, dejando graves secuelas en los proyectos de vida de las poblaciones afectadas. Asimismo, el miedo de los dirigentes a las amenazas subversivas y a la represión del Estado hizo decrecer el activismo político y desarticuló el movimiento popular.

Contexto administrativo

La puesta en vigencia de la Constitución Política de 1979, hizo necesaria la promulgación de una serie de dispositivos legales que incidieron en la organización y el funcionamiento de la Administración Pública. Además, el Ministerio de Economía y Finanzas asumió un papel protagónico en la coordinación de la acción política gubernamental, marginando al Instituto Nacional de Planificación de la formulación de políticas de desarrollo. En esta nueva situación, los

planteamientos estratégicos para el desarrollo planificado perdieron sentido o se debilitaron, en tanto se privilegiaba la conducción económica a corto plazo.

Además, en el discurso oficial se insistía que era necesario redimensionar y modernizar el Estado. Se dictaron medidas destinadas a fomentar el retiro de los empleados públicos, sin embargo, la burocracia siguió aumentando con una tasa promedio de 7,8% anual. El tradicional clientelismo partidario seguía prevaleciendo, en un contexto de escasez de oferta de trabajo privado, a todo otro tipo de consideración. Por otra parte, las capacidades gubernamentales efectivas de reducir el Estado se hicieron más precarias en la medida de que los crecientes problemas, entre ellos el terrorismo, requerían de una mayor intervención estatal para garantizar la gobernabilidad del país.

Entre los años 1980 y 1985, continuaban las tendencias al decrecimiento de los indicadores del gasto social del Estado (educación + salud + otros) iniciadas en el periodo anterior. Según Eduardo O'Brien [61], con respecto al PBI disminuyó de 4,7% en 1980 a 4,0% en 1985: mientras que con relación al gasto público total decreció de 20,1% en 1980 a 16,7% en 1985. En este último año el gasto social por sectores había sido el siguiente: 11,8% para educación; 4,4% para salud; y, 0,5% para otros.

Contexto sectorial

En el Sector Salud

Para las nuevas autoridades de salud, la conducción política debía centrarse en el mejoramiento de los instrumentos gerenciales para corregir la subutilización de la capacidad instalada, antes que en la búsqueda de nuevos recursos políticos y financieros para aumentar dicha capacidad. Asumían, que la insatisfactoria situación del Sector Salud tenía su origen –antes que en factores contextuales o en la escasa disponibilidad de recursos– en sus debilidades administrativas; entre éstas, la escasa voluntad y la incompetencia técnica o la supuesta inmoralidad de sus anteriores autoridades. El nuevo ministro de salud, nombró una comisión de coordinación, para elaborar el llamado Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud (PNACS-82/85). Al nombrarse los miembros de la Comisión se tuvo especial cuidado en no incluir a los funcionarios de carrera que habían participado en la elaboración del Proyecto de Ley General de Salud, durante el Gobierno Militar. Este Plan no llegó a ser ejecutado, entre otras razones, por la prematura renuncia en febrero de 1982 del primer ministro de salud del régimen de Belaúnde [60].

Con el segundo ministro de salud del régimen, aquellos funcionarios volvieron a tener la confianza política suficiente para cumplir con sus funciones. Las políticas incluidas en los nuevos planes operativos sectoriales eran similares a las formalizadas en la segunda mitad de la década de 1970, excepto los derivados de la vigencia de la nueva Constitución Política y de las acciones de contrarreforma intersectoriales, especialmente las vinculadas con la derogación de la Ley General de Educación de 1972 y de las normas de desconcentración territorial. Hechos negativos de la gestión política en salud fueron los intentos de redefinición de la estrategia de atención primaria y el fracaso en su aplicación, la desactivación de SECIGRA-Salud, el deterioro de los programas nacionales de servicios y de inversión. Estudios financieros de ANSSA-PERÚ, coincidiendo con datos de O'Brien, muestran que entre 1981 y 1984 el gasto total en salud

(público + privado) disminuyó en un 10%. Asimismo, que en 1984 la participación de este gasto en salud alcanzaba solo al 3,1% del PBI [62].

Los cambios en la estrategia nacional de atención primaria tuvieron origen en las exigencias que al respecto hacían los organismos de cooperación externa – especialmente el Banco Mundial y el BID – para participar en el financiamiento de los proyectos de apoyo a dicha estrategia, en circunstancias de que la crisis fiscal existente convertía a esta participación en la única opción para expandir el gasto social. Al final de este periodo había un consenso general que esos cambios y los efectos negativos del terrorismo, en la prestación de servicios públicos en “zonas declaradas en emergencia”, impidieron avances significativos en la aplicación de la estrategia de atención primaria.

Por el lado de los recursos profesionales de salud disponibles para las áreas suburbanas, al derogarse en 1982 la Ley General de Educación dictada por el Gobierno Militar, el Servicio Civil de Graduandos (SECIGRA) quedó sin sustento legal. La argumentación para la no inclusión de SECIGRA en la nueva Ley General de Educación se basaba en que era una forma de explotación del trabajo del profesional y estaba fomentando el ejercicio ilegal de la profesión al no tener los graduandos el título correspondiente. En estas circunstancias, por Ley N°23300 del 10 de diciembre de 1981 se crea, en reemplazo de SECIGRA-Salud, el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS): “para los profesionales de la salud que hayan obtenido su título, como un requisito indispensable para ocupar cargos en instituciones públicas, ingresar a los Programas de Segunda Especialización Profesional y recibir del Estado beca u otra ayuda equivalente para estudios o perfeccionamiento. El cumplimiento del Servicio tiene una duración máxima de un año y se presta inmediatamente después de la graduación del interesado”.

En el Sector Educación

Como parte de la desactivación de las reformas sociales hechas por el Gobierno Militar, no se hizo esperar una nueva Ley General de Educación, Ley N.º 23384, promulgada el 18 de marzo de 1982, que deroga la anterior. En la nueva ley se abandona el nivel de Educación Básica y el ciclo intermedio de las ESEP, regresando a la división tradicional entre niveles primario, secundario y superior. A nivel de ciclo superior la opción es universidad o escuela superior. Por ello, su principal innovación fue la creación de los Institutos Superiores Tecnológicos (IST). Las ESEP desaparecieron o se convirtieron en IST. Asimismo, la nueva Ley crea el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) en reemplazo de SECIGRA-Salud. Los Centros de Calificación Profesional Extraordinaria debieron cambiar su denominación por la de Centros de Educación Ocupacional. Al final del año 1983 estaban constituidas 96 IST, dos años después ya eran 199, con una matrícula de 66 mil alumnos. En Lima, la actividad privada fue, principalmente, la que estableció estos institutos, en las áreas de administración y servicios [60, 63, 64].

De acuerdo a información de la Dirección General de Educación Superior del Ministerio de Educación, los datos de matrícula de los IST revelan que las carreras de mayor demanda son contabilidad, computación y enfermería técnica, en este orden. En 1986, estas tres carreras acumulaban más de la mitad (54,5%) de la demanda total, que alcanzaba 88.994 alumnos. Uno de los problemas que enfrentaba los IST era el alto índice de deserción, especialmente en los ciclos iniciales. Con relación a la calidad de la formación recibida en los IST, las evaluaciones que

desde el exterior se hacían sobre su situación académica presentaban resultados preocupantes [63, 64].

2. BASE LEGAL Y ORGANIZACIÓN DE LA ESPP COMO ÓRGANO DE APOYO DEL MINSA Y CON RANGO UNIVERSITARIO

Ratificación como órgano de apoyo con rango universitario

En la nueva Ley de Organización del Sector de Salud (Decreto Legislativo N°70, del 14 de abril de 1981) se define a la Escuela de Salud Pública del Perú como “órgano de apoyo del MINSA”, encargado de “la capacitación posgrado y la formación de personal de mando medio y auxiliar en Salud Pública”. Luego, el 14 de diciembre de 1981 se aprobó, por Resolución Ministerial N°0213-81-SA/DVM, el Manual de Organización y Funciones de la Escuela, donde se precisa su definición: “...órgano de apoyo del Ministerio de Salud, se define como un Centro de Educación Superior Post Grado con rango universitario otorgado por Ley que contribuye a la elevación del nivel de salud de la población y a la promoción del desarrollo económico-social, por medio de la capacitación y formación del personal de Salud Pública, de la coordinación educativa y de la investigación científica en este campo”.

La nueva Ley Universitaria (Ley N°23733, del 9 de diciembre de 1983) precisaba que solo las universidades otorgan a nombre de la Nación los grados académicos y títulos profesionales. Sin embargo, en su artículo 99º especifica que determinadas entidades no universitarias, entre ellas la Escuela de Salud Pública del Perú: “... mantienen el régimen académico, de gobierno y economía establecido por las leyes que la rigen y otorgan en nombre de la Nación, los títulos respectivos...”. Se ratificaba, así, el reconocimiento de su rango universitario hecho anteriormente por el Decreto Ley N°23072.

Organización

En el citado Manual de Organización y Funciones de la Escuela se modifica su estructura organizacional, distinguiéndose como su órgano de dirección: a la Oficina General de la Escuela, a cargo de un director general, con el apoyo de un director general adjunto. También se distinguen como sus tres órganos de línea: la Oficina de Capacitación Posgrado e Investigación, a cargo de un Director Ejecutivo; la Oficina de Normas y de Coordinación Educativa Sectorial; y, la Oficina de Formación de Personal Técnico de Salud, a cargo de directivos asistentes.

En octubre de 1983, el Dr. Mario León, después de 19 años de brillante gestión al frente de la Escuela, se retiró voluntariamente del MINSA. Su reemplazante, en el cargo de director general de la Escuela fue el Dr. Jorge Castello, quien había regresado a la Escuela en julio de 1981 como director general adjunto. Éste, a su vez, también se retiró voluntariamente del Ministerio en marzo de 1985, después de permanecer al frente de la Escuela por 17 meses, siendo reemplazado por el Dr. Carlos Bustíos, quien desde octubre de 1984 era el director general adjunto de la institución.

Al final del periodo, el personal directivo de la Escuela era el siguiente:

- Director General de la Escuela: Carlos Bustíos Romaní
- Director General Adjunto: Constantino Domínguez Barrera
- Directores Ejecutivos: Roberto López Ibarra y Darío Concha Andía

Objetivos, funciones y lineamientos

Objetivos básicos de la Escuela

Los objetivos de la Escuela durante el periodo fueron los siguientes:

1. Desarrollar acciones de capacitación de nivel post grado en salud pública a profesionales de las ciencias de la salud.
2. Asesorar y supervisar las acciones de formación de personal técnico y auxiliar que realicen las unidades de capacitación de las regiones de salud.
3. Establecer normas y coordinar acciones educativas en salud pública.
4. Investigar problemas de salud pública.

Funciones de la Escuela

En el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud del año 1981 se asignan trece funciones a la Escuela:

- F1. Estudiar las necesidades de formación y capacitación del personal de salud del Sector.
- F2. Proponer a la Alta Dirección las políticas y planes de formación y capacitación del personal de salud del Sector, en coordinación con la Oficina Sectorial de Planificación en Salud.
- F3. Desarrollar el programa de Maestría en Salud Pública, así como otras actividades de capacitación posgrado y de educación continua.
- F4. Formular normas para la preparación del personal técnico y auxiliar de salud del Sector.
- F5. Desarrollar cursos de formación de personal técnico en salud y asesorar y supervisar a las Direcciones Regionales de Salud en actividades de formación de otro personal de dicho nivel y de personal auxiliar.
- F6. Contribuir al progreso técnico permanente del personal del Sector Salud, mediante la realización de certámenes científicos y la utilización de recursos de preparación avanzada desarrollados en el país y el exterior.
- F7. Realizar y promover trabajos de investigación sobre problemas de salud pública.
- F8. Colaborar con las instituciones que lo soliciten, en asuntos relacionados con su campo de acción.
- F9. Coordinar las acciones educativas en salud pública que realizan dependencias del Ministerio de Salud.
- F10. Asesorar a la Alta Dirección en su función de coordinación de acciones educativas con otros sectores, en especial con el Sector Educación.
- F11. Establecer y desarrollar vínculos e intercambio académico con la Universidad Peruana y con otras entidades nacionales y extranjeras de educación superior.
- F12. Normar y supervisar el funcionamiento de las escuelas de formación de enfermeras.
- F13. Otras que le asigne el viceministro del Ministerio de Salud

Lineamientos de política institucional

Para el mejor logro de sus objetivos, la Escuela adoptó los siguientes lineamientos de política institucional:

- LP1. Establecer dentro del Sector, un sistema educativo integrado y descentralizado para la preparación del personal de salud pública de los diferentes campos profesionales y distintos niveles jerárquicos.
- Lp2. Mantener estrecha coordinación con las dependencias del organismo central y de las direcciones regionales del MINSA y adecuada vinculación con los servicios de salud de otros sectores, en forma tal, que le permita el amplio y permanente conocimiento de la problemática de salud del país y de las necesidades de formación de personal en este campo.
- Lp3. Adecuar su acción educativa a las características y magnitud de los problemas de salud del país, dentro del marco de referencia del Plan Nacional de Salud.
- Lp4. Que el personal profesional, intermedio y auxiliar del Sector Salud, así como de otros sectores que realizan acciones de atención de la salud, reciban adecuada capacitación para asegurar su eficiente desempeño en las respectivas áreas ocupacionales.
- Lp5. Que la investigación científica en el campo de la salud pública, cuente con un organismo que la fomente, oriente y coordine.
- Lp6. Que los órganos del Sector Salud y de otros sectores que desarrollen acciones educativas en salud, disponga de normación, asesoramiento y apoyo que favorezca el eficiente cumplimiento de esta función.

3. CAPACITACIÓN POSTGRADO EN LA ESPP: 1981-1985

La Escuela continuaba actuando como un centro de capacitación postgrado, así como de educación continua multiprofesional en el campo de la salud pública, atendiendo las demandas pertinentes del MINSA y otras entidades de salud. El diseño, la modalidad, la programación y el desarrollo de los cursos eran similares, en general, a los del periodo anterior, egresando de los mismos un total aproximado de 900 profesionales durante este periodo. En mayo de 1981 la Escuela inició, por vez primera en el país, un Programa de Maestría en Salud, del cual trataremos de manera especial en otra sección de este capítulo.

Cursos de orientación y capacitación básica en salud pública

- Básico de Salud Pública y Administración de Servicios de Salud (840 horas docentes). En el periodo se desarrollaron tres cursos, con un total de 100 egresados. Efectuados en los años 1982, 1983 y 1985.
- Enfermería en Salud Pública y Administración de Servicios de Enfermería (840 horas docentes). En el periodo se desarrollaron cuatro cursos, con un total de 137 egresadas; el último efectuado el año 1983.
- Administración de Servicios de Enfermería (420 horas docentes). En el periodo se desarrollaron cuatro cursos, con un total de 181 egresadas; el último en el año 1985.
- Salud Pública para Obstetrices (420 horas docentes). Un curso con 22 egresadas, en el año 1983.

- Salud Pública para Asistentes Sociales (420 horas docentes). Dos cursos, con un total de 68 egresados; efectuados los años 1984 y 1985.
- Intensivo de Salud Pública para Médicos Veterinarios (210 horas docentes) 6 meses de duración). Un curso con 26 egresados, en el año 1981.
- Orientación en Salud Pública y Administración de Servicios de Salud (210 horas docentes). Se desarrollaron seis cursos., dos en Lima y cuatro en provincias, con un total de 263 egresados. En el año 1985 se realizaron dos, uno de ellos fuera de Lima.

Cursos de educación continua en salud pública

- Política de Población y Salud Materno Infantil (175 horas docentes). Un curso con 41 egresados, en el año 1984.
- Actualización en Educación Sanitaria (140 horas docentes). Un curso con 22 egresados, en el año 1983.
- Metodología en Investigación Médico-social (105 horas docentes). Un curso con 25 egresados, en el año 1983.
- Curso para Instructoras de Auxiliares de Enfermería (105 horas docentes). Dos cursos en 1985, con un total de 41 egresadas.
- Curso para Docentes de Auxiliares de Enfermería (105 horas docentes). Un curso en 1984, con 20 egresadas.

4. PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Primer Programa de Maestría en Salud Pública

El primer Programa de Maestría en Salud Pública formulado y desarrollado por docentes peruanos en el país, se realizó entre el 4 de mayo de 1981 y el 3 de agosto de 1982 en la ESPP. El contenido del Programa se cumplió en cuatro semestres académicos que tuvieron, en conjunto una duración de 68 semanas con un total de 2.200 horas docentes programadas (80 créditos). Los alumnos estuvieron dedicados a tiempo completo a las tareas programadas, para lo cual recibieron de su entidad de origen la licencia correspondiente. La Coordinación General del Programa estuvo a cargo del Dr. Carlos Bustíos, con el apoyo del Dr. Wilson Alva, que fue contratado específicamente para este fin [65].

El Programa tenía como propósito formal que las organizaciones nacionales de salud del país “dispongan de profesionales con estudios de perfeccionamiento en salud pública que los capaciten para desempeñar eficientemente cargo de responsabilidad directivos en los niveles regional y nacional”.

Los alumnos que iniciaron el Programa fueron un total de 20, de ellos 18 procedían de distintas dependencias del MINSA (siete ubicadas fuera de Lima) y dos del Instituto Peruano de Seguridad Social. Su distribución según su profesión fue la siguiente: once médicos, seis enfermeras, dos odontólogos y una obstetriz. De las seis enfermeras, cuatro eran directoras o profesoras de escuelas de enfermería.

En la estructura curricular del programa se distinguieron cuatro etapas: que se presentan en los siguientes párrafos. Las asignaturas que conformaban las tres primeras etapas fueron cumplidas

en Lima por personal docente de la Escuela y profesores universitarios invitados. Paralelamente al desarrollo de la tercera y cuarta etapa cada alumno debía comenzar a elaborar una tesis de investigación para optar el Grado de Maestría en Salud Pública, actuando como asesor y coordinador, de los avances en esta elaboración, el profesor universitario Adolfo Bisso Zollner.

Primera Etapa. Salud y su contexto: 529 horas docentes para 20,0 créditos. En ella se trató lo que corresponde a los instrumentos para el análisis, síntesis e investigación de la realidad nacional de salud, que faciliten al alumno la concepción de la salud de la población como un proceso de carácter histórico-social. Las asignaturas dictadas fueron cinco sobre los fundamentos de la salud pública, ecología, epidemiología, ciencias sociales, así como, teoría y métodos del estudio de la realidad.

Segunda etapa. Administración en salud: 473 horas docentes para 20,0 créditos. En ella se trató sobre los conceptos y principios básicos, los métodos y las técnicas del proceso administrativo a ser utilizado en el sistema de servicios de salud, en el marco de las políticas nacionales de salud y desarrollo. Las asignaturas dictadas fueron ocho, entre ellas las de planificación en salud y la de derecho administrativo y sanitario.

Tercera etapa. Programa y acciones de salud pública: 456 horas docentes para 20,0 créditos. En ella se trató sobre los principales programas y acciones de salud pública orientados al control de los problemas de salud en nuestro país. Se dictaron diez asignaturas.

Cuarta etapa. Residentado: 740 horas docentes para 20,0 créditos. La experiencia de trabajo de campo fue la última etapa de la estructura curricular. Se realizó de acuerdo a un plan de trabajo especialmente diseñado por la Coordinación del Programa, para que los alumnos aplicaran los conocimientos teórico-prácticos adquiridos en las anteriores etapas a situaciones concretas en una organización regional de salud ubicada fuera de Lima, bajo la supervisión de personal docente de la Escuela.

La Escuela efectuó de manera exitosa las gestiones necesarias para que las autoridades nacionales y regionales del MINSA autorizaran la utilización de sus establecimientos de salud como campo de aplicación del plan de trabajo de campo programado. También realizó las gestiones pertinentes con la Dirección General de Salud Materno Infantil y Población del MINSA y con la Escuela de Administración de Negocios para Graduados (ESAN) para que financiaran los gastos de viaje y de estadía de los nueve grupos de alumnos asignados a distintos ámbitos regionales de nuestro país, con el compromiso de la Escuela de entregarles una copia de los informes grupales de los resultados del mencionado plan de trabajo. Además, los grupos encargados de actuar en las regiones de salud de Piura y de Puno colaboraron en un estudio realizado por ESAN para un Taller Latinoamericano de Administración de Programas de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar que se realizó en Lima al final del año 1982.

De los 20 alumnos que iniciaron el Programa solamente uno no pudo culminarlo por motivos de salud. Once de ellos cumplieron con presentar su Tesis para optar el Grado de Maestría en Salud Pública y se graduaron con honores, la relación de esas Tesis y sus autores es la que sigue:

- Factores fisiológicos, socio-económicos y culturales de la madre gestante y variables

- somato métricas del recién nacido normal. Víctor Manuel Calvo Girón (Médico), 1982.
- Evaluación de la eficiencia y la eficacia de los servicios de atención materno infantil en el hospital de Sullana. Lilia Gómez Gonzáles (Enfermera), 1983.
- Factores que determinan el consumo del pescado en las gestantes en cuatro hospitales del MINSA y uno del IPSS. Julia Lam de Shoji (Obstetriz), 1983.
- Factores que interfieren la demanda de control prenatal. Hermelinda Arata Flores (Enfermera), 1983.
- Política y planificación de la salud en el Perú. Plan 1981-1982. Elías Sifuentes Valverde (Médico), 1983.
- Estudio de necesidades de capacitación en Salud Pública del personal de la IV Región de Salud de La Libertad. Segundo Gutiérrez Ulloa (Odontólogo), 1984.
- Factores que determinan el abandono del tratamiento de pacientes con TBC pulmonar en el Área Hospitalaria de Tarma. Haydeé Prado de Cava (Enfermera), 1984.
- Influencia de la familia en la salud del niño menor de un año en algunas comunidades urbano marginales del Cono Norte de Lima. Martha Donet Gamarra (Enfermera), 1984.
- La persona, el grupo y la organización en el Área Hospitalaria N.º 19-La Victoria. Luis Fernando Piña Baca (Médico), 1984.
- Estratificación social y riesgo para la salud en las familias de la Comunidad Urbana de Villa El Salvador. Oscar Martínez Horna (Médico), 1984
- Prevalencia de la TBC pulmonar en consultantes por primera vez a establecimientos de salud del Área Hospitalaria N.º 8-Cono Sur de Lima. María Reyes Luján (Médica), 1984.

Segundo programa de maestría en salud pública

El segundo programa de Maestría en Salud Pública de la Escuela se realizó entre el 5 de noviembre de 1984 y el 31 de diciembre de 1985. El contenido del Programa se cumplió en cuatro semestres académicos que tuvieron, en conjunto una duración de 60 semanas con un total de 1851 horas docentes programadas. Los alumnos estuvieron dedicados a tiempo completo a las tareas programadas, para lo cual recibieron de su entidad de origen la licencia correspondiente. La Coordinación General del Programa estuvo a cargo del Dr. Constantino Domínguez Barrera. Los alumnos que iniciaron el Programa fueron un total de 27 [66].

En la estructura curricular de este segundo programa se distinguieron seis etapas: que se presentan en los siguientes párrafos. Las asignaturas que conformaban las cinco primeras etapas fueron cumplidas en Lima por personal docente de la Escuela y profesores universitarios invitados.

Primera Etapa. Teoría y métodos de estudio de la realidad: 1.245 horas docentes para 14,0 créditos. En ella se trató de analizar el pensamiento sobre la realidad nacional, así como los elementos básicos de la epistemología y la metodología científica, para desarrollar en el alumno una actitud crítica en la descripción, interpretación y proposición de respuestas apropiadas a los problemas de salud de la población.

Segunda Etapa. La salud y su contexto: 240 horas docentes para 14,0 créditos. Comprende el desarrollo temático de los instrumentos científicos que se requieren para el análisis, síntesis e investigación de la realidad de salud, que faciliten al alumno la concepción de la salud como un

fenómeno complejo resultante de la interacción del individuo y grupos humanos con el ambiente.

Tercera Etapa: Instrumentos de análisis científico: 165 horas docentes para 10,0 créditos. En ella se trató de desarrollar los contenidos cognoscitivos de los instrumentos científicos, que permitan al alumno el análisis crítico de las causas de los problemas de salud de la población.

Cuarta Etapa. Administración de Salud: 655 horas docentes para 39,0 créditos. En ella se trató sobre los conceptos y principios básicos, los métodos y las técnicas del proceso administrativo a ser utilizado en el sistema de servicios de salud, en el marco de las políticas nacionales de salud y desarrollo. Asimismo, se trató sobre los principales programas y acciones de salud pública orientados al control de los problemas de salud en nuestro país.

Quinta Etapa. Realidad nacional de salud: 301 horas docentes para 18,0 créditos. Comprende el desarrollo del análisis de la realidad nacional y de la planificación del desarrollo para que el alumno tenga una actitud crítica y globalizante en las respuestas a los problemas de salud de la población.

Sexta Etapa. Residentado: 245 horas docentes. Se realizó de acuerdo a un plan de trabajo especialmente diseñado por la coordinación del programa, para que los alumnos aplicaran los conocimientos teórico-prácticos adquiridos en las anteriores etapas a situaciones concretas en una organización regional de salud ubicada fuera de Lima.

Para la etapa de residentado, los 27 alumnos organizados en grupos de dos a tres miembros, fueron enviados en comisión de servicio, por el lapso de 36 días, a centros de salud ubicados en 11 microregiones: Chumbivilcas, Tarata, Condesuyos, Melgar, Santiago de Chuco, Aymaraes, Huancabamba, Pomabamba, La Unión, Sánchez Carrión y Azángaro. Estas microrregiones habían sido declaradas, por el nuevo Gobierno, de primera y segunda prioridad en un nuevo Programa Integral de Desarrollo, en tanto estaban caracterizadas como las más pauperizadas y postergadas del país. Al final de la comisión de servicio, cada grupo de estudiantes presentó un informe final con los resultados de una investigación operativa realizada en el ámbito del centro de salud, con participación de la población y como aplicación práctica de sus estudios en la maestría: formulación de un plan de salud integral para la microrregión. Los gastos de viaje y de estadía de los grupos de alumnos fueron financiados totalmente por la OPS.

5. FORMACIÓN Y ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL SANITARIO NO PROFESIONAL EN LA ESPP: 1981-1985

Con relación a la formación del personal técnico y auxiliar del MINSA, no obstante, los cambios establecidos por la nueva Ley de Educación de 1982, la Escuela siguió asesorando y apoyando el desarrollo de los cursos que las unidades de capacitación de los servicios periféricos del MINSA tenían que organizar para la formación y adiestramiento de su personal que ya estaba cumpliendo funciones de técnico o auxiliar sin tener las competencias requeridas.

En el periodo 1981-1985 se efectuaron en aquellas unidades, con apoyo de la Escuela, 13 cursos para técnicos. Además, la Escuela participó en el asesoramiento y apoyo de 16 cursos de adiestramiento del personal auxiliar de enfermería, con 594 alumnas egresadas. La enfermera

Doris Bueno Hermoza, profesora de la Escuela y reconocida experta en dicho adiestramiento, fue la encargada de proporcionar el asesoramiento y el apoyo pertinentes. Las sedes de esos 16 cursos fueron: Ica (4), Tarapoto (2), Tacna (2), Ayacucho, Chiclayo, Iquitos, Juanjuí, Juliaca, Moquegua, Moyobamba y Puno.

En coordinación con las autoridades de los servicios periféricos, de la Dirección de Mantenimiento de Locales de Salud y otras dependencias del MINSA, la Escuela participó, durante el periodo 1980-1985, en las siguientes actividades de formación y de adiestramiento.

- Formación de Técnicos en Estadística de Salud y Registros de Atención Médica (1.260 horas docentes). Tres cursos, con un total de 65 egresados; el último curso se realizó el año 1983.
- Actualización en Estadísticas de Salud (70 horas docentes). Un curso en 1982, con 21 egresados.
- Formación de Técnicos en Laboratorio Clínico (920 horas docentes). Un curso en 1982, con 21 egresados.
- Formación de Técnicos en Radiología (840 horas docentes). Un curso en 1984, con 24 egresados.
- Formación de Técnicos de Saneamiento (800 horas docentes). Cuatro cursos, con un total de 112 egresados. Efectuados en 1981, 1982, 1983 y 1985. Sedes descentralizadas en servicios periféricos del MINSA
- Curso de Mantenimiento de Equipos Electromecánicos de Establecimientos de Salud (350 horas docentes). Un curso en 1981, con 15 egresados.
- Curso de Operadores de Maquinaria Industrial y de la Sala de Máquinas de los Establecimientos de Salud (280 horas docentes). Un curso en 1981, con 20 egresados.
- Curso de Mantenimiento de Equipos de Casa de Fuerza de Establecimientos de Salud (350 horas docentes). Dos cursos en 1982, con 35 egresados.
- Curso para Instructores de Mantenimiento (280 horas docentes). Dos cursos en 1982 (meses de duración). Un curso en el año 1981, con 13 egresados.

6. INVESTIGACIÓN Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO: 1981-1985

Investigaciones

Las actividades de investigación del personal de la Escuela estuvieron limitadas durante estos años debido a las dificultades – además de las ya comentadas para los periodos anteriores de su historia institucional – que se derivaron de las exigencias docentes para la coordinación del nuevo programa de maestría. Sin embargo, gracias al apoyo financiero de la OPS/OMS se pudieron desarrollar cuatro proyectos que a continuación se comentan.

El proyecto “Testimonios de protagonistas de la historia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el Perú”, financiado por la Representación de la OPS/OMS en el Perú. Responsable: C. Bustíos, con el apoyo del Dr. Manuel Campos Sánchez, contratado para el proyecto. Recolección y sistematización de testimonios de 14 sanitaristas ilustres en el desarrollo de la salud pública y de la administración de los servicios de salud en el país. Sus resultados serían utilizados posteriormente en los libros publicados por el responsable, sobre la historia de la salud pública peruana.

El proyecto “La Atención Primaria de Salud en el Perú” (Primera Etapa: aproximación a las experiencias de Villa El Salvador, Collique y Fundo Márquez). Financiado por la Representación de la OPS/OMS en el Perú. Responsable: Oscar Martínez Horna, con la colaboración de los sanitarios M. Alencastre y F. Vallenas, contratados para el proyecto. Investigación inicial sobre el proceso de atención primaria en el área urbana. Sus resultados se publicaron preliminarmente en 1985 en la “Colección Salud y Desarrollo N.º 1: Escuela de Salud Pública del Perú y Centro Internacional de Desarrollo Agrícola (CICDA).

El proyecto “Sistema de Atención Médica en el Perú”, como parte de la investigación en ocho países sobre la atención médica en la Región de las Américas. Financiado por la Oficina Central de la OPS/OMS, en Washington. Responsable: C. Bustíos; colaboradores: los sanitarios M. León, E. Rubín de Celis, M. Sotelo, S. Valle, W. Alva; y, el sociólogo L. Manrique. Sus resultados se publicaron en 1985, en el libro “Atención Médica y su Contexto, Perú 1963-1983. Escuela de Salud Pública del Perú y OPS/OMS, 1985”.

El estudio “Evaluación Escuela de Salud Pública del Perú y OPS/OMS, 1985” Acuerdo Gobierno Peruano-OPS/OMS. Financiado por la Oficina Central de la OPS/OMS. Responsable: J. Castello. Los resultados se presentaron en un libro que lleva el mismo nombre del estudio, publicado por la Escuela. Asimismo, los principales resultados del estudio se exponen en una sección posterior de este capítulo.

Publicaciones

La Escuela siguió difundiendo a través de sus cursos y sus egresados información sobre los avances mundiales en el campo de la salud pública y en la administración de los servicios de salud. Lamentablemente, las distintas series de publicaciones que la Escuela había comenzado a editar desde el periodo anterior fueron interrumpidas por limitaciones presupuestarias, apenas se pudieron editar cinco publicaciones:

- Mortalidad Materna en Diez Países Seleccionados. C. Bustíos. Serie de Publicaciones Científicas N.º 17. ESPP, Lima: 1983.
- Fundamentos de la Salud Pública. C. Bustíos. Serie de Publicaciones Científicas N.º 18. ESPP, Lima: 1984.
- La Salud en CICDA. Recopilación de Pierre de Zutter. Colección Salud y Desarrollo ESPP-CICDA N.º 2, Julio de 1985
- Propuesta de Integración de la Atención Primaria en los Proyectos de Desarrollo Microregional. O. Martínez, F. Vallenas, M. Benavente y M. Donet. Colección Salud y Desarrollo ESPP-CICDA N.º 3, agosto de 1985.
- Formación en Trabajo con Campesinos (Sistematización de una experiencia de curso-taller). Presentación de Pierre de Zutter. Colección Salud y Desarrollo ESSP-CICDA N.º 04, octubre de 1985.

7. EL SUBSISTEMA DE CAPACITACIÓN DEL MINSA Y LA NUEVA LEY GENERAL DE EDUCACIÓN: 1982-1985

La nueva Ley General de Educación del 18 de marzo de 1982, dejó sin efecto las normas técnicas dictadas en 1979 para la formación del personal no universitario de salud, así como, la atribución que tenía el MINSA de participar – a través de la Escuela y de su subsistema de capacitación – en la normación y el control de esta formación. De esta manera, el proceso de formación de las carreras de salud en las IST ya no estaba sujeto, ni siquiera formalmente, a la supervisión de las unidades de capacitación de las direcciones regionales de salud.

Posteriormente, debido a esos cambios, nuevas resoluciones administrativas de las autoridades del MINSA, dictadas entre noviembre de 1982 y septiembre de 1984, definen a las unidades de capacitación como órganos de apoyo de carácter educativo de las regiones de salud y de las áreas hospitalarias con las siguientes funciones: investigar las necesidades educativas del personal de salud de su jurisdicción, así como de formular, conducir y desarrollar las acciones de formación y capacitación de personal que les corresponda; así mismo, se encarga a la Escuela de Salud Pública la coordinación, asesoramiento y apoyo al proceso de desarrollo de dichas unidades.

En esa nueva situación normativa nacional, el subsector privado de educación, estimulado por la alta rentabilidad de las actividades de formación de personal no universitario de salud, ofertó de manera masiva servicios de formación de este tipo de personal, aunque sin ningún tipo de control de las autoridades educativas responsables. De acuerdo a información de la Dirección General de Educación Superior (DIGES) del Ministerio de Educación, los datos de matrícula de los IST revelan que, en el caso específico de la carrera de enfermería técnica, el número de matriculados en el año 1986 era 10.018 (11,5% del total de matriculados en todas las carreras). Otras carreras de salud eran laboratorio clínico (5,0%) y farmacia (1,3%). La misma DIGES señalaba para el mismo año de 1986, que el número de enfermeros técnicos egresados eran 1.383 (11,5% del total). Con relación a la calidad de la formación recibida en los IST, las evaluaciones externas presentaban resultados preocupantes [63].

“el grueso de las instituciones carece de instalaciones, equipos y personal adecuados; su organización académica y administrativa adolece de grandes problemas (...) Ese cúmulo de carencias se van agravando por el descontrol de parte de las autoridades públicas, la falta de planificación y la ausencia de concertación con los agentes económicos. Muchas instituciones han sido constituidas como negocio particular o por intereses de determinadas personalidades (...) La ineficiencia de la fiscalización estatal ha propiciado prácticas informales y de corrupción. No pocas academias o institutos abren sus puertas a estudiantes sin el mínimo de requisitos académicos y legales para funcionar, creando graves problemas para la certificación de estudios. Gran cantidad de jóvenes postulantes que buscan estudiar a bajo costo, terminan siendo estafados” (D. Sulmont y colaboradores, 1999, p, 49-50).

8. LA ESPP Y LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

La participación protagónica de las autoridades de la Escuela en los esfuerzos por la reforma de la salud durante el Gobierno Militar provocó inicialmente dificultades políticas en sus relaciones con el nuevo ministro de salud y sus asesores personales que criticaban esa participación.

Superadas estas dificultades aparecieron otras de carácter técnico, generadas por las divergencias, entre los directivos de la ESPP y aquellos asesores del ministro, sobre la forma de entender la estrategia de atención primaria de la salud. Los primeros, coincidiendo con la Declaración de Alma Ata y la propuesta peruana presentada en este evento, la entendían como un proceso de democratización del cuidado de la salud poblacional, íntimamente relacionado con el desarrollo integral de la comunidad. Los segundos, la entendían en los términos de la llamada “estrategia de atención primaria selectiva” (APS-S) que, renunciando a cualquier contenido político de cambio, se orientaba al cuidado de la salud de los grupos de alto riesgo con el uso “selectivo” de medios de probada eficacia y eficiencia, así como, de bajo costo y fácil monitoreo y evaluación; medios determinados por expertos internacionales en salud con limitada o nula participación de la comunidad. La alternativa de APS-S había sido aprobada en abril de 1979, en una reunión internacional efectuada en Bellagio-Italia, organizada con los auspicios de las Fundaciones Ford y Rockefeller y el apoyo del Banco Mundial. Alternativa adoptada por la UNICEF en sus programas y, luego, por las organizaciones de cooperación externa en salud, con el apoyo manifiesto del Banco Mundial.

Durante este período 1981-1985, la resistencia de la Escuela a someterse de manera acrítica a las propuestas de APS-S que las organizaciones de cooperación externa – especialmente el Banco Mundial y el BID – impusieron al MINSA, como condición para participar en el financiamiento de proyectos destinados al fortalecimiento de las estrategias de atención primaria y de desarrollo sectorial, tuvieron consecuencias negativas en el desarrollo de la capacitación del personal de salud en el país. Los promotores internacionales y, más aún, los funcionarios nacionales encargados de coordinar los proyectos de apoyo a la atención primaria financiados por la cooperación externa, eran reacios de coordinar con la Escuela el diseño final y la ejecución de las actividades de capacitación consideradas en tales proyectos. Renunciaban así, de manera irresponsable, a utilizar la experiencia de la Escuela en la capacitación y adiestramiento de personal de salud en todo el territorio nacional. Los resultados negativos de este comportamiento son conocidos: ineficiencia y especialmente ineficacia en el uso destinado a esas actividades; y, en términos de impacto, la pérdida de la oportunidad de desarrollar – con los recursos aportados por la cooperación externa – el subsistema de capacitación en salud pública que estaba siendo instrumentado por el MINSA.

Desde el año 1983, con los aportes del Dr. Oscar Martínez Horna –profesor universitario que se incorporó a la Escuela como docente permanente – se fortaleció la participación de la institución en los intentos de desarrollar en el país el concepto de atención primaria en salud como un proceso de democratización del cuidado de la salud. Martínez había sido el coordinador del Programa de Salud Integral de Villa El Salvador (1974-1977), miembro importante de los grupos responsables de la elaboración de la propuesta peruana a la reunión de Alma Ata (1978), así como, de la coordinación de la formulación del Plan Nacional y de los Programas Regionales de Apoyo a la Atención Primaria en el Perú (1979-1980). Asimismo, coordinador, desde el año 1981, de las actividades de Proyección Social de la UNMSM en Villa El Salvador. En cumplimiento de las funciones que le fueron asignadas en la Escuela buscó establecer relaciones directas con las entidades sociales involucradas con el quehacer de la salud y, muy especialmente, con el pueblo y sus organizaciones. Es en ese sentido que reorganizó e impulsó el trabajo de campo que se realizaba en la última etapa de los principales cursos de formación y capacitación efectuados por la ESPP.

En el año 1985, ese trabajo de campo estuvo orientado a la integración de la investigación, la transmisión del conocimiento y la acción transformadora de la realidad, mediante una metodología de aproximaciones sucesivas compartidas con los diferentes agentes que interactúan en el mundo cotidiano de la comunidad. En las reuniones de preparación del trabajo de campo, con participación de los alumnos, se insistió en el análisis y reflexión de las siguientes ideas centrales que orientaban dicho trabajo:

1. La necesidad de “no solo de conocer, sino transformar la realidad”.
2. La inserción de la salud en el contexto social global.
3. La determinación social e histórica de la salud poblacional y de su cuidado.
4. La influencia en la atención integral de la salud poblacional en la creciente movilización y participación organizada del pueblo.
5. La transformación del cuidado de la salud a través de un proceso democratizador de conocimientos, poder, prestigio y accesibilidad a bienes y servicios generadores de bienestar, así como, por medio de un proyecto impulsor de la integración de esfuerzos en torno de proyectos locales o micro-regionales de desarrollo.
6. La necesidad de un abordaje crítico, reflexivo y participatorio del conocimiento de la realidad, si se persigue el desarrollo social integral, auténtico y no manipulado.

9. RECURSOS DE LA ESPP: 1981-1985

Entre octubre de 1983 y julio de 1985 se retiró de la Escuela, por jubilación o por razones personales, un contingente importante de su personal directivo y docente. En efecto, de los 19 profesores a dedicación exclusiva que disponía la Escuela en el año 1980 solamente nueve seguían laborando en la institución en julio de 1985. A estos últimos se habían sumado cinco nuevos profesores – dos de ellos egresados de la primera maestría desarrollada por la Escuela – totalizando, en ese mismo mes de julio, 14 profesores a dedicación exclusiva, incluyendo directivos. La distribución de este total era la siguiente: seis médicos sanitarios, cuatro enfermeras de salud pública, una obstetrix con maestría en salud pública, una farmacéutica, un inspector sanitario y un técnico estadístico especializado en salud. Además, entre 1981 y 1984, trabajaron en las actividades docentes de la Escuela la socióloga Margarita Petrera Pavone, en calidad de destacada, así como el sanitarista Wilson Alva Plascencia, como contratado.

En esos años, al igual que en los periodos anteriores, el responsable de la programación y la coordinación académica de cada una de esas actividades fue uno de los profesores a dedicación exclusiva de la Escuela. Los profesores visitantes estaban a cargo de la enseñanza teórica y práctica del tema que el coordinador le asignaba de acuerdo al campo de su especialidad. La participación de estos profesores visitantes fue muy importante en los cursos de maestría.

El monto del presupuesto financiero anual asignado por el MINSA a la Escuela – medido por su proporción con relación al presupuesto total del ministerio – continuó con su tendencia al deterioro: de 0,20 % en 1980 descendió a 0,09 % en 1984. El 75 % del presupuesto de la Escuela estaba destinado al pago de personal, el resto a bienes y servicios; no existiendo partida para inversiones. No se incluía en este presupuesto las donaciones del UNICEF para estipendios de los alumnos de provincias que ascendía, aproximadamente, al 2 % del presupuesto total.

La Escuela continuó funcionando en el mismo local donde había iniciado sus actividades en el año 1964, en las condiciones insatisfactorias comentadas en páginas anteriores. El equipamiento de sus servicios de apoyo académico era obsoleto o insuficiente para cumplir de manera óptima las responsabilidades asignadas, especialmente con relación al desarrollo del programa de maestría. No obstante, la Biblioteca de la Escuela, renovada con el apoyo del CONCYTEC, continuaba siendo una de las más importantes en el campo de la salud pública peruana.

Al final del año 1985, la Universidad Peruana continuaba sin mostrar mayor interés para realizar actividades de posgrado en salud pública. La única excepción era la Universidad Particular Cayetano Heredia; sin embargo, se limitaba a realizar cursos de orientación en administración de servicios de salud. Recién en 1984, esta universidad inicia en el Perú un programa Maestría en Salud Pública, en colaboración con la Universidad de Alabama de los Estados Unidos de América, dirigido a la capacitación de sus docentes en esta área.

10. EVALUACIÓN DE LA ESPP CON APOYO DE LA OPS/OMS: 1984

Acuerdo Gobierno Peruano-OPS/OMS

A las dificultades de escasez de recursos que desde su fundación debió superar la Escuela para cumplir las funciones que le eran asignadas, se sumaron las derivadas de los requerimientos creados por la implementación del nuevo programa de maestría. Haciéndose más evidentes las brechas entre la magnitud de sus responsabilidades y su disponibilidad efectiva de recursos para cumplirlas. Con el fin de poder enfrentar racionalmente esta crítica situación, por iniciativa del Dr. Castello y otros profesores de la Escuela, se tomó la decisión de evaluar la organización y funcionamiento de la institución, teniendo como propósito introducir, a partir de los resultados de la misma, cambios que permitan a la Escuela impulsar su dinámica del desarrollo de nuevos planteamientos en el sistema de formación y capacitación de personal en salud pública, como respuesta prioritaria a la problemática sanitaria. Para tal fin se iniciaron en el año 1982 las gestiones ante los responsables de la Cooperación Técnica de la OPS/OMS, con la intención de obtener no solo su apoyo técnico y financiero sino, también, la garantía de imparcialidad necesaria en este tipo de estudio. Estas gestiones culminaron en noviembre de 1983 con la suscripción del Acuerdo Gobierno Peruano-OPS/OMS para la Evaluación de la Escuela de Salud Pública del Perú [67].

La evaluación se llevó a cabo, con un enfoque sistémico, entre diciembre de 1983 y julio de 1984. El diseño de la misma estuvo a cargo del Dr. Héctor Zuloaga, consultor colombiano designado por la OPS, conjuntamente con un grupo de profesores de la Escuela. En su realización, se distinguen dos etapas: una interna, a cargo de personal de la Escuela; y, otra externa, a cargo de participantes invitados a un taller de evaluación que será comentado más adelante.

Evaluación interna

En la etapa de evaluación interna, se utilizaron los siguientes instrumentos metodológicos:

- Modelo normativo de la Escuela, que describía la situación deseada explicitada en el Manual de Organización y Funciones de la Escuela.

- Cuestionario de la autoevaluación cualitativa, diseñado por un experto en recursos humanos de la OPS, a ser respondido por los profesores de la Escuela.
- Encuesta de opinión, a una muestra representativa de egresados de la Escuela sobre los resultados de la capacitación recibida.
- Plan de evaluación cuantitativa de la Escuela, con base a un plan de tabulación de datos estadísticos y contables sobre actividades y recursos entre 1964 y 1983, disponibles en los archivos de la Escuela.

En esa etapa: grupos de profesores de la Escuela estuvieron a cargo de: (i) la recolección, crítica y procesamiento de los datos obtenidos; (ii) el análisis de la información procesada; (iii) la descripción de la situación observada; (iv) la confrontación entre la situación deseada y la observada; y, (v) la definición de las conclusiones preliminares. Estas últimas hacían referencia a: (i) logros e impacto, (ii) áreas y problemas críticas; (iii) causas y sus relaciones; y, (iv) tendencias.

Evaluación externa y conclusiones finales

En la etapa de evaluación externa, las conclusiones preliminares fueron debatidas ampliamente en un taller de evaluación, realizada entre el 18 y 20 de julio de 1984, con un total de 21 horas efectivas de actividades. Taller en el que participaron 64 representantes del Sistema Nacional de Servicios, Universidad Peruana, organizaciones gremiales y científicos vinculados con el cuidado de la salud, CONCYTEC, organismos internacionales de cooperación técnica y financiera (OPS/OMS, UNICEF, USAID, BID, Banco Mundial, Convenio Hipólito Unanue).

La metodología aplicada en el Taller fue esencialmente dinámica; destinándose sólo el 25% del tiempo a exposiciones y el 75% a trabajos de cuatro grupos a cargo de un determinado tema, cuyas conclusiones y recomendaciones fueron debatidas y aprobadas en una reunión plenaria. Las exposiciones estuvieron a cargo de directivos de la Escuela y del Dr. Humberto de Moraes, representante en el Perú de la OPS/OMS.

Las principales conclusiones definitivas del taller, ordenadas según los cuatro temas centrales de la evaluación, se presentan en los siguientes párrafos.

Conclusiones sobre las relaciones de la Escuela con su contexto

- C1. Las relaciones de la Escuela con los niveles políticos, técnico-normativo y operacional del MINSA están fuertemente influenciadas por las coyunturas político-administrativas.
- C2. Insuficiente implementación de recursos, que dificulta la interrelación escuela-contexto, tanto al interior de la ESSP, como con los Sectores Salud y Educación.
- C3. Los niveles de decisión política del Gobierno y particularmente del MINSA no han brindado apoyo permanente y continuado a la Escuela, observándose como consecuencia un paulatino deterioro de la asignación presupuestal, del status del personal docente, y, de estipendios a los alumnos, todo lo cual limita el cumplimiento de sus objetivos sustantivos

Conclusiones con relación a las entradas

- C1. La ESPP ha perdido su capacidad de atraer personal docente idóneo debido a insuficientes

incentivos económicos de sus plazas docentes permanentes, así como, a la baja retribución a personal docente eventual.

- C2. Restricción de la demanda de alumnos realmente interesados en la salud pública, especialmente de los que proceden de provincias debido a los bajos estipendios de beca.
- C3. La asignación presupuestal a la ESPP viene experimentando sensible y progresivo deterioro en soles constantes y en la proporción con respecto del presupuesto del MINSA.
- C4. La demanda de ingreso de alumnos a la Escuela no obedece a un plan de desarrollo de recursos humanos del Sector Salud ni a la vocación del personal por las acciones de salud pública, sino a la gestión individual de trabajadores del Sistema de Salud interesados en mejorar su status personal.
- C5. La carencia de adecuados mecanismos de selección determina el ingreso de alumnos con limitaciones derivadas de su formación universitaria y de su práctica profesional, ambos predominantemente asistenciales.

Conclusiones con relación a su organización y producción

- C1. Organización centrada más en la administración docente que en actividades de investigación y de servicio debido a la escasez de personal docente permanente.
- C2. Desequilibrio entre las actividades docentes, de investigación y de colaboración con los servicios de salud.
- C3. La composición del personal docente permanente por profesión de origen está limitada a médicos, enfermeras, obstétrices y educadores para la salud.
- C4. El Sistema de Capacitación del Personal del MINSA a nivel de las regiones de salud y áreas hospitalarias tiene limitaciones en su funcionamiento por la insuficiencia y deficiente implementación de las unidades de capacitación.
- C5. La ESPP cumple a satisfacción las metas de capacitación posgrado y de formación de personal de mando medio, compensando con especial esfuerzo la insuficiencia de personal docente y la deficiencia de planta física, así como, de materiales y equipos de apoyo educativo.
- C6. El esfuerzo por mantener las metas de capacitación ante una demanda creciente obliga a descuidar las actividades de investigación y seguimiento de los egresados, mecanismos ambos, indispensables para la adecuación permanente de la docencia a las necesidades de salud de la población y a las de desarrollo de los servicios de salud.

Conclusiones con relación a sus egresos

- C1. El producto de la ESPP se expresa fundamentalmente en egresos de personal profesional capacitado en aspectos de salud pública y administración de servicios de salud, con variados grados de profundidad, así como de personal técnico formado en diferentes campos vinculados con la salud pública y la administración de servicios de salud.
- C2. La capacidad y motivación de los egresados es variada, frecuentemente condicionada por la experiencia previa y las expectativas de los alumnos en el momento de su ingreso.
- C3. Los egresados de la Escuela, no siempre son utilizados por los servicios de salud de acuerdo con la formación y capacitación recibida, sino que, con frecuencia, son desplazados por personal carente de capacitación y motivación para la salud pública, ocasionando la lógica frustración a los egresados.

Conclusiones con relación a su consistencia interna y externa

- C1. La insuficiente implementación de la ESPP, distinta de la prevista en su Manual de Organización y Funciones, no es consistente con la importancia y magnitud de sus funciones académicas, de investigación, de normación y de coordinación educativa intra e intersectoriales.
- C2. Las limitaciones existentes no han impedido que la Escuela mantenga un alto grado de coherencia con la política explicitada por el MINSA y en cuya formulación ha intervenido activamente en los últimos años.
- C3. La importancia de la Escuela para el desarrollo y la adecuación del Sistema de Salud a las necesidades reales y prioritarias de la población mayoritaria, no es coherente con el presupuesto que se le asigna, ni con el status de su personal docente.

Plan de Capacitación en Salud Pública para 1985-1990

Las conclusiones finales y las recomendaciones correspondientes aprobadas al término del taller de evaluación, ya comentado, sirvieron de base para que la ESPP formulara el Plan de Desarrollo del Sistema de Capacitación en Salud Pública para 1985-1990 [68], que puesto a consideración de la Alta Dirección del MINSA fue aprobado por Resolución Ministerial N.º 0043-85-SA/DVM, del 26 de febrero de 1985, cinco meses antes de que se iniciara un nuevo gobierno y definiera una nueva Política Nacional de Salud. Los lineamientos políticos a mediano plazo propuestos en el Plan son los siguientes:

- Lp1. Coordinar con las instituciones formadoras de personal, colegios profesionales y entidades gremiales para la adecuación de los currículos de enseñanza a las necesidades de salud del país.
- Lp2. Incrementar la cobertura y la continuidad de la capacitación en salud pública y administración de servicios.
- Lp3. Centralizar, sistematizar y mantener actualizada la información concerniente a la cantidad y calidad del personal necesario en cada nivel administrativo y de atención, así como, las necesidades de capacitación en salud pública y administración de servicios de salud.
- Lp4. Incrementar la oferta de capacitación dirigida al personal que trabaja en servicios de salud periféricos.
- Lp5. Actualizar y adecuar los criterios y mecanismos de selección de candidatos en función de la necesidad de desarrollo del sistema de servicios de salud y de las aspiraciones del personal.
- Lp6. Gestionar la creación e incentivos económicos y de desarrollo profesional del personal dedicado a la salud pública y administración de servicios, en los campos de la investigación, docencia y administración sanitaria.
- Lp7. Fortalecer y dinamizar el desarrollo organizacional de la ESPP, en su condición de órgano rector del Sistema de Capacitación de Salud Pública.
- Lp8. Fortalecer orgánica y funcionalmente a las unidades de capacitación de las regiones de salud y las áreas hospitalarias.
- Lp9. Mejorar la articulación entre la Escuela y las unidades de capacitación de las regiones de salud y las áreas hospitalarias.

- Lp10. Incrementar sustantivamente las actividades de “cooperación en servicio” de la ESPP en las dependencias operacionales del Sistema de Servicios de Salud.
- Lp11. Impulsar el desarrollo de la investigación en salud pública y administración de servicios de salud.
- LP12. Integrar las actividades de docencia, investigación y de “cooperación en servicio”.

11. CONVERSIÓN FORMAL DE LA ESPP EN LA ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

El Partido Aprista triunfó en las elecciones presidenciales de 1985 y obtuvo la mayoría parlamentaria. El 28 de julio del mismo año, en medio de una retórica reformista y antiimperialista, un nuevo gobierno presidido por Alan García comenzó su gestión, aplicando políticas de gasto público expansivo, subsidios generalizados, adopción de controles de precios y moratoria explícita en el pago de la deuda externa.

En esas nuevas circunstancias políticas, el Dr. David Tejada de Rivero regresó al país, luego de renunciar al cargo de subdirector de la OMS, para ocupar el cargo de ministro de salud. El nuevo ministro comenzó su gestión difundiendo sus ideas sobre una nueva política de reforma de la salud, que tenía como objetivo central la “democratización de la salud”. El Congreso de la República, por Ley 24305 del 13 de septiembre de 1985, autorizó al Poder Ejecutivo dictar la Ley Orgánica del Sector Salud y las leyes de sus cinco Organismos Públicos Descentralizados. Poco después, el 28 de octubre de 1985, se promulgó el Decreto Legislativo Nº351, Ley Orgánica del Sector Salud, que derogó las demás disposiciones que se le opusieran a lo dispuesto en ella [69].

El Decreto Legislativo Nº351, en su artículo 21º, otorgó al ministro de salud la facultad para establecer los sistemas de coordinación funcionales que requiera el Sector Salud para el cumplimiento de los lineamientos de política señalados en el mismo Decreto. La coordinación se haría con los ministerios, instituciones y organismos públicos y no públicos cuyas funciones estaban significativamente vinculadas con las competencias y atribuciones de cada uno de los cinco sistemas reconocidos en su artículo 22º. Uno de estos cinco era el Sistema de Coordinación Funcional de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud que el MINSA, en aplicación de aquella facultad, organizó. Sistema encabezado por la Dirección Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos (DTDRH), órgano técnico normativo del MINSA [70], que formalmente tenía las siguientes funciones:

- F1. Formulación, proposición y difusión de la política de desarrollo de recursos humanos de salud.
- F2. Dirección, coordinación, asesoramiento, supervisión y evaluación de los procesos de desarrollo de recursos humanos del sector salud.
- F3. Coordinación con las entidades públicas y privadas formadoras de recursos humanos en salud.
- F4. Promoción, coordinación y realización de estudios e investigaciones con la finalidad de establecer los perfiles ocupacionales de los profesionales y técnicos de salud.
- F5. Formulación, coordinación y promoción de un programa de capacitación permanente en salud.

Luego, de manera concordante con las orientaciones establecidas en el D. L. Nº351, se aprobó el Decreto Supremo 057-85-SA, Organización Básica del MINSA, del 19 de noviembre de 1985. En esta organización básica se distinguen los institutos de ámbito nacional, denominados institutos nacionales e institutos especializados, definidos como órganos desconcentrados del MINSA, que proyectan sus acciones a nivel nacional en el campo de su competencia. Además, eran también parte del organismo central en cuanto estaban estrechamente vinculados con las direcciones técnicas. Los institutos nacionales eran los siguientes: Instituto Nacional de Salud, Instituto Nacional de Nutrición, Instituto de Salud Ocupacional y la Escuela Nacional de Salud Pública; dependiendo orgánicamente del viceministro sectorial [70]. Las funciones formales de estos institutos eran las siguientes, considerando el campo de acción en que debían operar cada uno de ellos:

- F1. Investigación y desarrollo de tecnología apropiada a la realidad nacional.
- F2. Información y difusión científica a todo nivel, desde la comunidad hasta los especialistas.
- F3. Capacitación en los diversos niveles de personal, independiente y en coordinación con otras instituciones.
- F4. Normación, asesoramiento y apoyo a instituciones del Sector u otras, como parte del organismo central y en coordinación con las correspondientes direcciones técnicas.
- F5. Producción de bienes y/o servicios de acuerdo a su especialidad.
- F6. Análisis crítico de las políticas y acciones del Sector Salud o sectores afines.

Con esta última norma reglamentaria y otras complementarias se modificaron la denominación, el nivel político-administrativo, la ubicación institucional, el ámbito de las funciones y el carácter de las relaciones internas y externas de la ESPP, hasta entonces órgano de apoyo del MINSA, convirtiéndola en la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). Es así, que, el 19 de noviembre de 1985 se formaliza la creación de la ENSAP, como un instituto nacional definido como órgano desconcentrado del MINSA estrechamente vinculado, funcionalmente, con la Dirección Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos y que mantiene relaciones técnicas con las unidades departamentales del MINSA y sus establecimientos, pero sin ejercer autoridad sobre ellas. Además, por su carácter de instituto nacional en el campo de la capacitación depende orgánicamente del viceministerio sectorial y es un componente del Sistema de Coordinación Funcional de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud

12. PROPUESTA PARA EL DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LA ENSAP

En el momento de la conversión de la ESPP en la ENSAP, los Dres. Carlos Bustíos Romani y Constantino Domínguez Barrera desempeñaban los cargos de director general titular y de director general adjunto, respectivamente. Ambos serían designados el 1º de enero de 1986 como los primeros directores generales, titular y adjunto, de la ENSAP, con fuertes resistencias de parte de funcionarios del entorno del ministro Tejada, por su participación en la CPLGS. Dieciséis meses después de esa designación, el 4 de mayo de 1987, el Dr. Bustíos renunció al cargo de director general del ENSAP, siendo reemplazado por el Dr. Vicente Carrasco Reyes, profesor principal de la UNMSM y distinguido miembro del partido de gobierno.

Al inicio del año 1986, se organizó un Grupo de Trabajo sobre Desarrollo y Fortalecimiento de la ENSAP que se reunió en Lima, del 27 al 31 de enero de 1986, y que estuvo conformado por

funcionarios de la OPS/OMS y de la ENSAP. Entre los primeros: Mario Boyer, Asesor Regional en Recursos Humanos, OPS/Washington; Daniel Purcallas, Consultor en Recursos Humanos OPS/Lima; y. Pedro Brito, Residente, Programa Salud Internacional OPS. Entre los segundos: Carlos Bustíos, Constantino Domínguez, Roberto López y Oscar Martínez. La propuesta final del Grupo fue presentada en febrero de 1986 al viceministro Sectorial y al Director Técnico de la Dirección Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos, para su revisión y aprobación. Finalmente, por diversos hechos políticos, vinculados con la pérdida de la confianza política otorgada al director general titular de la Escuela, impidieron que dicha propuesta fuera aceptada por las autoridades del MINSA. [71].

El Grupo desarrolló sus actividades bajo el supuesto que el cambio en salud se define y expresa en una doble dimensión: coyuntural o emergente y estratégico. A su vez reconoció que, como todo proceso de cambio social e institucional, éste plantea problemas y necesidades de naturaleza político-técnica. Es en este sentido, que consideró como lo fundamental de las acciones coyunturales y emergentes es que sean respuestas apropiadas y oportunas a los problemas que genera en el momento actual la puesta en práctica de la Política Nacional de Salud vigente. La metodología de trabajo utilizada por el Grupo se caracterizó por la discusión centrada en cuatro elementos básicos: (i) áreas de competencia de la ENSAP; (ii) respuesta de la ENSAP; (iii) recursos internos y externos; y, (iv) cronogramas.

El trabajo de grupo se centró en identificar aquellos elementos para el fortalecimiento de la Escuela en sus cuatro áreas de competencia, cuyos resultados se resumen a continuación.

Área de fortalecimiento de la formación y capacitación

Se definió la opción de la ENSAP por un enfoque innovador de los procesos educativos que sustentan la formación y capacitación. Considerándose de especial importancia para su fortalecimiento en esta área:

- La definición de los contenidos educativos en base a las necesidades fundamentales del sistema nacional de salud.
- La descentralización efectiva de las actividades educativas.
- La definición de actividades educativas inmediatas que permitan desarrollar aquellos elementos que signifiquen respuestas a las necesidades emergentes de la puesta en práctica de la política.
- La docencia en la comunidad y en los servicios con privilegio de las actividades prácticas en contacto e interacción directa con la población.
- La formación para una práctica en un contexto de articulación intersectorial.
- El desarrollo de las modalidades de educación permanente como estrategia de reorientación de prácticas ocupacionales en el ámbito de los propios servicios.

Las actividades educativas de formación de personal se referían a la de técnico en estadísticas de salud y a la de técnicos en saneamiento ambiental. Mientras que entre las de capacitación de postgrado se distinguían varios tipos de actividades y programas según sus propósitos y niveles académicos: readiestramiento, instrumental específico, básico, de concentración, maestría, intensivo, educación continua.

Área de fortalecimiento de la investigación

Se estableció claramente que, para el fortalecimiento de esta área, en los campos de servicios de salud y de educación en salud, sería fundamental:

- Aportar conocimiento para la toma de decisiones.
- Generar conocimiento para el desarrollo de sus propias actividades y como herramienta metodológica del proceso educacional.
- Configurar espacios de reflexión y discusión de las políticas y programas.

La investigación se considera una actividad esencial, indisoluble de la formación y el servicio. Sin embargo, la ENSAP considera que debe ser una actividad en coordinación y coparticipación con otras instituciones sectoriales y extrasectoriales.

Área de fortalecimiento de la asesoría y apoyo a los servicios de salud

Se trata de que la ENSAP esté en condiciones de responder oportuna y eficazmente a la demanda de asesoría a través de su capacidad de solución de los problemas generados por la aplicación de las políticas, la ejecución de los programas y la gestión de los servicios. Además, esta actividad contribuirá al desarrollo de sus potencialidades docentes.

Para el desarrollo de esta área es necesario: (i) identificar las necesidades y los problemas de los componentes del Sistema Nacional de Servicios de Salud; (ii) analizar la capacidad operativa de la ENSAP para dar respuesta a las demandas de asesoría y apoyo; (iii) formular y ejecutar un proyecto para el fortalecimiento de esta área.

Área de fortalecimiento de la capacidad de gestión de la ENSAP

La ENSAP ha identificado áreas críticas que es necesario desarrollar para responder a los requerimientos de su transformación y fortalecimiento de su capacidad de gestión.

Se destacan los siguientes:

- El desarrollo cualitativo y cuantitativo de los recursos humanos del ENSAP.
- El desarrollo de los sistemas de información científica y tecnológica y el mejoramiento de los procesos administrativos de la Escuela.

Se considera como modalidades apropiadas de enfrentar esta tarea el impulso de grupos de trabajo que se dediquen a generar y ejecutar iniciativas, relacionadas tanto con el quehacer institucional, como con la articulación de la ENSAP en el proceso político. Se debe propender al desarrollo de grupos funcionales que desarrollen estrategias y actividades desde una perspectiva política del rol de la Escuela.

SÉPTIMO CAPÍTULO: COMENTARIOS



Fotografía de la ceremonia de clausura del III Foro Global de Recursos Humanos en Salud, realizado del 10 al 13 de noviembre de 2013, en Recife, República Federativa del Brasil (Archivo iconográfico de la ENSAP).



Fotografía de sesión del III Foro Global de Recursos Humanos en Salud, en la cual se observa al Dr. Pedro Díaz Urteaga, durante su exposición como Coordinador del Grupo Técnico de Recursos Humanos de la Unión de Naciones Suramericanas. En ella también se observa a la directora de la OPS/OMS, Dra. Carissa F. Etienne (Archivo iconográfico de la ENSAP).

1. SÍNTESIS Y SIGNIFICADO DE LA ESPP

El inicio de la historia de la ESPP tiene como antecedente institucional inmediato la corta existencia del Programa de Capacitación de Salud Pública creado en 1961, a iniciativa del SCISP, para satisfacer gradualmente las necesidades de capacitación del personal que prestaba servicios centrales y periféricos del MSPAS; propender al perfeccionamiento continuo de los trabajadores de salud pública y contribuir al mejor conocimiento de la realidad nacional. El Centro de Capacitación del Personal de Salud Pública, órgano ejecutor del Programa, dirigido por el Dr. Mario León Ugarte, era una respuesta preliminar del Estado, antes de la creación de la ESPP, a las necesidades de personal capacitado en las distintas áreas e instancias de la salud pública nacional. Necesidades que se acrecentaban, desde inicios de la década anterior, debido a los nuevos requerimientos de dicho personal que se derivaban de la inusitada expansión de la infraestructura física hospitalaria y a la desconcentración administrativa impulsada de manera desordenada por el MSPAS y, luego, por el MINSA.

Luego de algo más de dos años de intensa y eficiente actividad docente de ese Centro de Capacitación, bajo la administración del SESP, el Gobierno Peruano considero que ya contaba con la implementación física indispensable y con el personal docente de la calidad y la experiencia requeridas para ser reconocida formalmente como la Escuela de Salud del Perú, nueva dependencia del SESP (Decreto Supremo N.º 35/64-DGS). Desde el comienzo de su labor institucional, la ESPP se organizó y funcionó siguiendo las recomendaciones acordadas en las reuniones de las escuelas de salud pública de América Latina, aunque sin renunciar a las orientaciones básicas vigentes en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins. El director fundador de la ESPP fue el Dr. Mario León Ugarte, quien hasta entonces desempeñaba el cargo de jefe del Centro de Capacitación.

Durante sus 21 años de existencia – primero como dependencia del SESP y, luego, como órgano de apoyo del MSPAS o del MINSA – la Escuela prestó servicios educativos de capacitación no solo al personal del Ministerio sino también al de otras instituciones del sector salud y de la Universidad Peruana. Cabe destacar el hecho de que, a través del análisis crítico y la sistematización de experiencias educativas de capacitación y formación de personal sanitario, que se venían acumulando en el país, la Escuela desarrolló una capacidad importante para adecuar sus propias estrategias a las condiciones prevalentes en las distintas entidades de salud y en los diferentes ámbitos geográficos donde tenía que actuar de manera desconcentrada. Además, como resultado de su creciente prestigio, que había sobrepasado las fronteras del país, tuvo que acoger en sus aulas a profesionales y técnicos de salud de países latinoamericanos, quienes venían en uso de becas proporcionadas por organismos de cooperación externa, especialmente de la OPS/OMS.

La alta calidad académica alcanzada por la Escuela fue destacada formalmente por el Gobierno Peruano en el Decreto Ley N.º 23073 de 1980 y en la Ley Universitaria de 1983, normas jurídicas que reconocen a la ESPP como un Centro de Postgrado de Educación Superior con rango universitario y se le autoriza –previa evaluación positiva del Consejo Superior de la Universidad Peruana– para crear y desarrollar en el país el primer Programa de Maestría en Salud Pública.

Desde el comienzo de sus actividades, la ubicación de la Escuela en la intersección de los ámbitos sectoriales de los sistemas nacionales de salud y de educación permitieron al personal docente y a los egresados de la Escuela abrir en nuestro país nuevos y amplios caminos en la teoría y en la

práctica de salud pública, especialmente en el campo de la planificación de la salud, así como tener una participación destacada en los procesos de reformas de la salud y de la educación que se trató de implementar desde inicios de la década de los setenta. En este sentido, además de la labor pionera de la Escuela en la enseñanza postgrado de esta disciplina múltiple, sus directivos y egresados tuvieron una actuación protagónica en el origen, elaboración y difusión del Informe Final de la Comisión del Proyecto de la Ley General de Salud de 1977; así como, en la definición de las políticas y normas sectoriales de formación y adiestramiento de personal técnico y auxiliar de salud, en el marco jurídico establecido por las Leyes Generales de Educación de 1972 y de 1982. Además, no fue menos importante la participación de esos directivos y egresados en la elaboración y la posterior difusión y sustentación de la propuesta peruana de “atención primaria de la salud” presentada por nuestro Gobierno en la Reunión de Alma Ata de 1978.

Al final del año 1985, había un consenso entre los sanitaristas peruanos que la Escuela, durante sus 21 años de existencia, había realizado esfuerzos importantes ofreciendo lo mejor de sus capacidades y dando testimonio de un deseo continuo de cambio y de servicios, a pesar de todas las limitaciones y restricciones sectoriales y, principalmente, de las que tenían origen en un contexto nacional desfavorable a los intereses y necesidades de cuidado de la salud poblacional. Pero este consenso no significaba que dichos sanitaristas estuvieran satisfechos con los resultados de esos esfuerzos. Y no podían estarlo porque era evidente que no se había tenido éxito en los intentos de la Escuela para construir la viabilidad y garantizar la factibilidad de una capacitación continua del personal sanitario nacional; y, porque en estas condiciones sectoriales y contextuales, muchos de sus egresados, al enfrentarse a problemas de alta complejidad, como son los que afectan a la salud poblacional, sintieron desbordadas sus capacidades y agotadas sus motivaciones para pensar y actuar con una actitud comprometida, crítica y creativa por un cambio deseado y posible en el sistema de salud nacional.

En julio de 1986, desde la ENSAP, se hacía el siguiente comentario sobre la necesidad de realismo en la evaluación de las dificultades que se deben superar para avanzar en la realización del derecho a la salud: “Después de ocho años de la Reunión de Alma Ata y un año de la aplicación de la actual Política Nacional de Salud, la realidad peruana en salud se muestra cualitativamente diferente, no se puede discutir la existencia de cambios que se perciben en una perspectiva histórica, como precondiciones ideológicas y jurídicas indispensables para que todos los peruanos comprometidos con el proceso de democratización en salud, puedan realizar las acciones que la hagan factible y viable. Sin embargo, tampoco se puede discutir que esos cambios se han iniciado en una sociedad que aún no se recupera de un deterioro moral que devaluó la justicia y la solidaridad democrática, así como la honestidad, la dignidad y la disciplina de los actores sociales. Una devaluación ética que condicionó, en el personal de salud y en el pueblo, actitudes y comportamientos incompatibles con un eficaz cuidado de la salud, entendido ésta como un derecho y un deber de todos. Las dificultades que implican reivindicar valores ético-humanísticos, con el fin de reorientar actitudes y comportamientos sociales en el campo de la salud, hace indispensable pensar y actuar con realismo, pero tomando conciencia de que realismo no quiere decir cinismo, ni conformismo, ni indiferencia, ni pesimismo” [72].

2. SOBRE EL DESARROLLO DE LA ENSAP ENTRE 1985-2013

Han transcurrido 33 años desde la conversión formal de la ESPP en la ENSAP, en un contexto en que se han sucedido siete gobiernos nacionales y 38 ministros de salud, así como, se han alternado

coyunturas de crisis y de reactivación nacional que condicionaron el desarrollo de sus funciones y actividades. En este contexto de inestabilidad política y de dificultades nacionales, la ENSAP ha sido objeto de sucesivos cambios en su ubicación y nivel administrativo, así como en sus objetivos, organización y funciones, tratando de fortalecerla o de desactivarla. Cambios que dieron origen a algunos años de intensa actividad y progreso discontinuados por otros años de debilitamiento institucional. Estos últimos inevitables por las vicisitudes políticas y sociales sectoriales y dificultades contextuales nacionales.

Hasta 1985, la ESPP cumplía todas las funciones asignadas por un Estado populista a una entidad reguladora y proveedora de servicios de capacitación y de formación del personal de salud pública. Luego cuando, el efecto de la crisis económica nacional de los últimos años de la década de los ochenta provocó casi el colapso de los servicios del sistema nacional de salud, sumados a los efectos derivados, durante la década de los noventa, de la hegemonía del enfoque de mercado en la política social gubernamental, la Escuela – convertida en la ENSAP – fue dismantelada de recursos y funciones, y no quedaron huellas de su origen y trayectoria original. Después de esa crisis, mientras ella era obligada a declinar en sus actividades de capacitación y formación en salud pública, los programas del MINSA – con recursos financieros de la cooperación externa – realizaban convenios con universidades y organizaciones privadas para las capacitaciones del personal sanitario que se requería a nivel regional. Capacitaciones efectuadas, por lo general, de manera improvisada y sin ningún tipo de control externo, hasta un punto que perdieron toda legitimidad en el escenario sectorial.

Como respuesta a esa situación de ilegitimidad, el Dr. Eduardo Pretell Zárate, ministro de salud durante el gobierno de transición del Dr. Paniagua, convocó a una Comisión Sectorial encargada de formular la propuesta de reestructuración de la ENSAP, conformada por los Dres. Eduardo Paredes, Juan Arroyo y Constantino Domínguez. Luego, en el año 2002 se crea, a partir de esta propuesta, el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH), sobre la base de la ENSAP, como un organismo público descentralizado del Sector Salud que asumió las responsabilidades de estructurar integralmente las políticas de recursos humanos, y entrar a abordar el difícil tema de la articulación de la docencia y los servicios en los establecimientos de salud. Esta creación sucedía durante el gobierno de Alejandro Toledo Manrique y la gestión del Dr. Fernando Carbone Campoverde.

En el año 2007, no obstante, los progresos del IDREH en el cumplimiento de las responsabilidades asignadas cinco años antes, se formalizó, mediante el Decreto Supremo N°003-2007-SA, su fusión por absorción al Ministerio de Salud. Ello sucedía en los inicios del segundo gobierno de Alan García y la gestión del Dr. Carlos Vallejos Sologuren como ministro de salud.

Finalmente, el 4 de junio del 2008, después de varias modificaciones reglamentarias del MINSA, se formalizó – a través del Decreto Supremo 011-2008-SA – la creación de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de los Recursos Humanos, como órgano responsable de la gestión de las capacidades y el trabajo de los recursos humanos en salud, con precisas funciones reguladoras, supervisoras, promotoras de capacidades y el trabajo a nivel sectorial. “De esto se colige que la Dirección no es un órgano ejecutor de actividades formativas y menos aún en el campo de la salud pública o gestión sanitaria, con lo cual se extinguen las funciones que dieron sentido a la Escuela” [73]. En esta ocasión, el ministro de salud era el economista Hernán Garrido Lecca.

3. REACTIVACIÓN DE LA ESPP AHORA DENOMINADA ENSAP

Por la Cuarta Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N.º 1161, publicado el 7 de diciembre de 2013 – durante el gobierno del Coronel Ollanta Humala Tasso y la gestión como ministra de salud de la economista Midori de Habich Rospigliosi – se dispone la reactivación de la Escuela de Salud Pública del Perú, “en adelante Escuela Nacional de Salud Pública, la cual dependerá del Ministerio de Salud y será responsable de proponer y generar políticas en materia de formación de Recursos Humanos en Salud, para lo cual gozará de autonomía académica, económica y administrativa...”.

Tres años después, a través del Decreto Legislativo N.º 1305, dado el 29 de diciembre de 2016, se derogó la citada Cuarta Disposición. Sin embargo, debido a las protestas generadas por aquel decreto, se promulgó la Ley N°30545, publicada el 11 de marzo de 2017, que deroga el Decreto Legislativo 1305 y restituye la Cuarta Disposición Complementaria Final.

Actualmente, está vigente el Decreto Supremo N°011-2017-SA, del 21 de abril de 2017, que reafirma la decisión política de reactivar la ENSAP, transformándola en un “órgano de formación académica del Ministerio de Salud, (que) depende del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, encargado de planificar, gestionar y evaluar la formación de recursos humanos en salud a nivel nacional, de acuerdo a la política del sector, con autonomía académica, económica y administrativa”. Estos hechos sucedieron durante el gobierno del economista Pablo Kuczynski y de la gestión de la Dra. Patricia García Funegra como ministra de salud.

De acuerdo a ese último Decreto Supremo, la ENSAP reactivada deberá cumplir, a través del ejercicio de las funciones y actividades que le han sido asignadas, importantes roles en el campo del desarrollo de los recursos humanos que se requieren en un Sistema Nacional de Salud orientado de manera auténtica a la realización del derecho de todos los peruanos a la salud. Roles y funciones que se enumeran a continuación.

- R1. En el rol político normativo, propondrá políticas, normas, lineamientos y otros documentos en materia de formación de recursos humanos.
- R2. En el rol de formación y capacitación, brindará maestrías de postgrado en el campo de la salud pública, en el marco de la Ley Universitaria; y, de capacitación y especialización en las temáticas, distintas a las establecidas en la Ley Universitaria.
- R3. En el rol académico normativo, propondrá el diseño y actualización del currículo de especializaciones y/o capacitaciones en salud; y, otorgará a nombre de la Nación, los grados académicos que correspondan, de conformidad con la Ley Universitaria.
- R4. En el rol de investigación, promoverá el desarrollo de investigaciones orientadas a producir y desarrollar conocimientos en salud pública, en coordinación con los gobiernos regionales.
- R5. En el rol de proyección social, promoverá alianzas de formación profesional que garanticen el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades del recurso humano en salud pública; así como, programas de becas para la capacitación, formación y especialización del recurso humano en salud pública.

El enunciado de esos roles y funciones asignados a la Escuela, manifiestan la intención política del Gobierno Peruano de convertirla, en un futuro deseado y posible, en el referente nacional de la formación y la capacitación continua de recursos humanos para la salud pública del siglo XXI. No

obstante, el análisis de los hechos presentados en los anteriores capítulos evidencia que siempre han existido grandes brechas entre las intenciones y las realizaciones en ese campo, las cuales se derivan de las debilidades internas de la organización pertinente y de las amenazas externas de carácter contextual, tanto coyunturales como estructurales.

Por esa razón, nos permitimos recomendar que la primera tarea a realizar, para comenzar la construcción de aquel futuro, es la de garantizar en el presente el fortalecimiento de la nueva ENSAP, dotándola de la legitimidad y de los recursos necesarios para que pueda estar en condiciones de responder de manera apropiada a los nuevos desafíos políticos, pedagógicos y tecnológicos que se presentan en el nuevo milenio, los cuales se están incrementando en una coyuntura nacional de especial inestabilidad institucional. Además, en este fortalecimiento y, más aún, en la construcción de aquel futuro será esencial lograr la colaboración auténtica de los componentes del sistema de salud, así como, de las otras organizaciones educativas, académicas y comunitarias vinculadas con el desarrollo de recursos humanos.

REFERENCIAS UTILIZADAS

1. FOUCAULT, Michael. Historia de la medicalización. Educación Médica y Salud. 1977; 11 (1): 5-25
2. PORTER, Dorothy. Public health and centralization: the Victorian British state. In: Dorothy Porter (ed). Health, Civilization and the State: a history of public health from ancient to modern times. London and New York, Roudedge; 1990: 111-127.
3. PORTER, Dorothy. Introduction. In: Dorothy Porter (ed). Social Medicine and Medical Sociology in the Twentieth Century. Amsterdam and Atlanta, Redocopi, 1997: 1-33
4. ACLAND, Henry W. National Health. London: Oxford. James Parker & Co. 1871.
5. ROSEN, George. The Bacteriological Era and its aftermath. Felix Martí-Ibáñez, edit. A History of Public Health. New York, MD Publications, Inc.; 1958: 294-343.
6. ALVARADO, J. Evolución y significado de las campañas modernas de salud pública de C.E.A. Winslow. Traducción e informe de investigación. Costa Rica: Universidad Nacional de Costa Rica, 2004.
7. VICEDO TOMEY, Agustín. Abraham Flexner, pionero de la Educación Médica. Educación Médica Superior vol.16, Nº.2, 2002; pp. 156-163.
8. BUSTÍOS, Carlos. Inicio del liderazgo estadounidense en la educación médica occidental. En el Capítulo III de Educación Médica y su contexto: Facultad de Medicina de San Fernando. Perú: 1856-1969. Lima. Facultad de Medicina de la UNMS, 2006; pp.96-98.
9. FLEXNER, Abraham. Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin No. 4., New York City: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.
10. ALMEIDA FIHLO, Naomar; PAIM, S. Jaimilson. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales del Centro de Estudios Sociales y Sanitarios. (75), mayo 1999, pp.5-30.
11. MILBANK MEMORIAL FUND. Higher Education for Public Health. A Report of The Milbank Memorial Fund. Commission, 1972; pp. 22-54.
12. FEE, Elizabeth; BU, Liping. Modelos de educación de salud pública: ¿elecciones para el futuro? Bull World Health Organ. Dic 2007; 85 (12): 977 - 979.
13. FEE, Elizabeth. Disease and Discovery, A History of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health: 1916-1939. Baltimore. Johns Hopkins Univ. Press, 1987; pp. 1-154.
14. Acta Final de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana. Escalafón Sanitario. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Año 14, N.º 1, enero 1936; p. 7.
15. PAZ SOLDÁN, Carlos E. Un Proyecto del Instituto de Medicina Social. En La Congregación Profesional de los Médicos. Editorial Ansonia S. A. Lima, 1960; pp. 83-88.
16. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LIMA. Resoluciones del Consejo de la Facultad sobre la creación de la Escuela de Médicos Sanitarios. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Lima. Lima Tomo XIX, Año 1936; pp. 375-380.
17. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LIMA. Creación de la Escuela de Médicos Sanitarios. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Lima. Lima Tomo XXI, Año 1938; pp. 456-457.
18. ESTRELLA RUIZ, Jorge. Prontuario de la Legislación Sanitaria del Perú Tomo IV. (Primera y segunda parte). Librería e Imprenta D. Miranda. Lima. Julio 1947.
19. BUSTÍOS, Carlos. Subcapítulo 3.2. Organización de la Salud Pública y de los Seguros Sociales 1935-1968. En Historia de la Salud en el Perú. Volumen 3, Academia Peruana de Salud, 2008; pp.43-99.

20. MINISTERIO DE SALUD. Carrera Sanitaria en el Perú. Fundamentos técnicos para su desarrollo. Dirección General de Gestión de Recursos Humanos. Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud N.º 8. Lima-Perú, 2009.
21. CHIRINOS, Alfredo. Las leyes de salud en el Perú 1945-2000. Lima. Juan Gutemberg Editores- Impresores. 2001.
22. VILLACRESPO, Manuel. Testimonios de Personajes de la Salud Pública Peruana. Entrevista por Manuel Campos Sánchez el día 13 de agosto de 1984. Escuela de Salud Pública del Perú. 1985.
23. BUSTÍOS, Carlos. Creación y reglamentación del Instituto de Medicina Social. En el Capítulo III de Educación Médica y su contexto: Facultad de Medicina de San Fernando. Perú: 1856-1969. Lima. Facultad de Medicina de la UNMS, 2006; pp.128-130.
24. BUSTÍOS, Carlos. Capítulo IV. Salud Pública y la Seguridad Social en una Sociedad Peruana que se recompone. En: La Seguridad Social y el Perú Demoliberal (1933-1968). Facultad de Medicina UNMSM. CONCYTEC. Lima, 2005. p. 413-580.
25. CUETO Marcos. Sanidad desde arriba: La fiebre amarilla, la costa norte y la Fundación Rockefeller. En: El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX. Instituto de Estudios Peruanos. Lima, 1997; pp. 68-69.
26. BAMBAREN, Celso. Temas de la medicina pública peruana. Folleto. Lima, Perú, 1931; pp. 5-31.
27. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. El. Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública.: 1942-1960. Lima, Perú- 1962.
28. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Recursos Humanos de Salud. Perú: 1967. Lima. MSPAS, 1967.
29. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Informe de actividades y programas del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública Lima, Perú. 1960.
30. CUETO, Marcos. Una Reforma Fallida: la Fundación Rockefeller, la Malaria y la Salud Pública en el Perú. Revista Peruana de Ciencias Sociales. Vol. 2, N°2. Mayo-Agosto 1990; pp. 9-29.
31. CUETO, Marcos. El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 2004.
32. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Plan de Capacitación de Personal de Salud Pública. Lima. MSPAS. Alianza para el Progreso, 1963.
33. LYNCH CORDERO, Alfredo. Testimonios de Personajes de la Salud Pública Peruana. Entrevista por Manuel Campos Sánchez los días 2 de septiembre de 1984 y 21 de enero de 1985. Escuela de Salud Pública del Perú, 1985.
34. ARREAZA GUZMÁN, Alfredo. Comentarios sobre la Primera Conferencia sobre Escuelas de Salud Pública, San Miguel Regla, México, noviembre 1959. Publicación Científica No. 60, mayo 1962. OPS/OMS; pp. 11-14.
35. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Normas recomendadas para las Escuelas de Salud Pública. Informe Técnico N.º 216. OMS. Ginebra, 1961.
36. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe sobre el Grupo de Estudio sobre Normas recomendables para Escuelas de Salud Pública en América Latina, Buenos Aires. Argentina. OPS/OMS. 1964.
37. WESTPHAL, Edwards. Discurso con ocasión de la inauguración del Centro de Medicina Preventiva del Rímac. La Reforma Médica. 456, agosto 1945; p. 505.
38. CONCHA ANDÍA, Darío. Antecedentes de Capacitación Post-grado de Enfermeras en la Escuela de Salud Pública del Perú: 1962-1994. Lima, ENSAP. Abril de 1994. (Mimeo).
39. SERVICIO ESPECIAL DE SALUD PÚBLICA. Informe Anual de Actividades del Servicio Especial

- de Salud Pública 1963. Lima: Imprenta SESP; 1963.
40. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. PERÚ: Plan de Salud Pública con Ayuda Internacional. Programa a Corto Plazo. INDUSTRIAL Gráfica S.A. 1962.
 41. MANTILLA FERNANDINI, Luis. La ingeniería sanitaria en el Perú. Revista Ingeniería Sanitaria, México, 1958. Reproducido en Ingeniería Sanitaria, Salud y Desarrollo en América Latina. 50 años de AIDIS. Editores Romero, Humberto y Padrón, Mauricio. Nov. 1998; pp.165-170.
 42. VILLANUEVA, Manuel; BUSTÍOS, Carlos, y col. Capítulo Décimo Cuarto. Saneamiento ambiental. En Historia de la Salud en el Perú. Volumen 16, Academia Peruana de Salud, 2009; pp.89-91.
 43. PESCE, Hugo. Discurso pronunciado por el Dr. Hugo Pesce en la ceremonia de clausura. Actas y Trabajos del I Congreso Nacional de Salud Pública. Sociedad Peruana de Salud Pública. Lima, (Huampaní). 19- 25 noviembre de 1962; pp.344-347.
 44. VALLEJOS, Nilo. Testimonios de Personajes de la Salud Pública Peruana. Entrevista efectuada por Manuel Campos Sánchez, el día 0 de agosto de 1985. Escuela de Salud Pública del Perú. 1985.
 45. ASCHER, William. Scheming for the Poor. The Political of Redistribution in Latin America. Cambridge, 1984, pp. 95-163.
 46. Actas y Trabajos del I Congreso Nacional de Salud Pública. Sociedad Peruana de Salud Pública. Lima, (Huampaní). 19- 25 noviembre de 1962.
 47. Actas de Trabajos del II Congreso de Salud Pública. Sociedad Peruana de Salud Pública. Lima, 21-27 de noviembre de 1965.
 48. Actas de Trabajos del III Congreso de Salud Pública. Sociedad Peruana de Salud Pública. Lima, 19-27 de mayo de 1968. p. 94-108.
 49. BUSTÍOS, Carlos. Capítulo II: Salud Pública y Seguro Social durante la reforma y contra reforma militar, Perú: 1968-1980. En: Bustíos C. (edit.) Crisis de los sistemas de salud y de seguridad social en el Perú: 1968-1990. Lima: Facultad de Medicina UNMSM; 2007. p. 91-226.
 50. BUSTÍOS, Carlos. Capítulo Cuarto. El Sector Salud en el Perú: 1969-1991. En: Bustíos C. (edit.): Historia de la Salud en el Perú. Volumen 3. Lima: Academia Peruana de Salud, 2008. p. 179-319.
 51. WEBB, R., FERNÁNDEZ BACA, G. Anuario Estadístico: Perú en números 1991. Instituto Cuánto. Lima, 1991.
 52. GONZÁLES OLARTE, Efraín. Transformación sin desarrollo. En: Julio Cotler (editor). Perú: 1964-1984: economía, sociedad y política. Instituto de Estudios Peruanos, 1995: p. 56-57.
 53. OLIART, Patricia. Educar en tiempos de cambio, 1968-1975. Lima: Derrama Magisterial, 2014.
 54. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Planificación de la Salud en América Latina. Santiago de Chile: OPS/OMS. 1967. Publicación Científica Nº272.
 55. BUSTÍOS, Carlos; LEÓN, Mario. Informe Evaluativo de los Bachilleres Profesionales de Salud que recibieron el Ciclo de Orientación para trabajar al servicio del Ministerio de Salud. Lima: ESSP, 1978.
 56. MINISTERIO DE SALUD. Resumen del Informe General de la Comisión para el Proyecto de La Ley General de la Salud. Lima: MINSA, 1987.
 57. BERNALES, Manuel. Una Vida Mejor Para Todos. Instituto Nacional de Planificación y UNICEF, Lima, enero 1980.
 58. MINISTERIO DE SALUD. Atención Primaria de Salud en el Perú. Comisión Nacional de Atención Primaria de Salud. Lima, 1981.

59. MARTINEZ, Oscar; ALENCASTRE, Manuel; VALLENAS, Félix; PAULETTE, Luis. La Atención Primaria de Salud en el Perú. Escuela de Salud Pública del Perú. Cooperación Técnica OPS. ESP-CICDA. Lima-Perú, 1985, p. 19-21.
60. BUSTÍOS, Carlos. Capítulo III: Salud Pública y Seguridad en el Acciopopulismo, Perú: 1980-1985. En: Bustíos C. (edit.) Crisis de los sistemas de salud y de seguridad social en el Perú: 1968-1990. Lima: Facultad de Medicina UNMSM; 2007. p.239-356.
61. O'BRIEN, Eduardo. Análisis del gasto social: Perú 1998. En: Narda Henriques, Editora. Construyendo una Agenda Social. Lima. Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica, 1999, P. 265-276.
62. ZSCHOCK, Dieter. Health Care Financing in Peru. HSA-PERU. A Health Sector Analysis of Peru. Technical Report. Stony Brook, NY, October 1986.
63. SULMONT, Denis; VALCÁRCEL, Marcel; y TWANAMA. Walter. Educación para el trabajo y el desarrollo. En: El camino de la educación técnica: los otros profesionales. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, noviembre de 1991: 49-56.
64. MINISTERIO DE SALUD. Evolución y situación de la formación y capacitación del personal auxiliar y técnico. Propuestas de cambio. Lima: MINSA, Colegio de Enfermeros del Perú, OPS/OMS, 1989.
65. ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DEL PERÚ. Maestría de Salud Pública. Serie Informativos de Cursos. Año académico 1981. Lima: ESPP y MINSA, 1981.
66. ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DEL PERÚ. Maestría de Salud Pública. Serie Informativos de Cursos, Año académico 1984. Lima: ESPP y MINSA, 1984.
67. ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DEL PERÚ. Evaluación de la Escuela de Salud Pública del Perú. Lima: ESPP, MINSA, OPS/OMS. 1984.
68. ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DEL PERÚ. Plan del Desarrollo del Sistema de Capacitación en Salud Pública: 1985-1990. Lima: ESPP, MINSA, OPS/OMS, febrero 1985.
69. BUSTÍOS, Carlos. Capítulo IV: Salud Pública y Seguridad Social en el reformismo aprista, Perú: 1980-1985. En: Bustíos C. (edit.) Crisis de los sistemas de salud y de seguridad social en el Perú: 1968-1990. Lima: Facultad de Medicina UNMSM; 2007. p. 357-490.
70. MINISTERIO DE SALUD. Organización básica el Ministerio de Salud. Lima: MINSA, Julio de 1986.
71. ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. Informe de Propuesta de Grupo de Trabajo ENSAP/OPS-OMS sobre Desarrollo y Fortalecimiento de la ENSAP. Revista ENSAP. Lima: 1 (3); abril 1987. p. 29-37.
72. ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. Editorial: Realismo en salud. Revista ENSAP. Lima: 1 (2); Julio 1986. p. 3.
73. LAZO, Oswaldo. Informe del análisis institucional de la reactivación de la Escuela de Salud Pública de Perú-ENSAP, para cumplir con los fines establecidos por el D.L. 11606. Lima, s/f (Inédito).

ANEXO

INFORMACIÓN SOBRE LOS DIRECTORES GENERALES DE LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DEL PERÚ

LEÓN UGARTE MARIO (1915-2007)



Médico Cirujano egresado de la UNMSM (1942). Máster en Salud Pública (Univ. Johns Hopkins de Baltimore, 1944). Estudios de posgrado en Epidemiología (Univ. de Minnesota, 1948) y Medicina Preventiva (Univ. de Harvard, 1958). Grado de Doctor en Medicina en la Universidad Peruana Cayetano Heredia (1972).

Jefe del Departamento de Epidemiología del MSPAS (1949). Consultor en Enseñanza de Salud Pública de la OPS/OMS en Colombia y El Salvador (1950-1957) y en 1958 médico de Promoción de la Salud en la OPS, Washington D.C. Profesor Asociado de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la UNMSM (1958-1961).

Director fundador del Centro de Medicina Preventiva del Rímac del MSPAS-SCISP (1945-1948). Director del Programa de Capacitación de Personal de Salud del SCISP (1961), luego Centro de Capacitación de Personal de Salud del SESP (1962-1964). Fundador y director general de la Escuela de Salud Pública del Perú (1964-1983). Se retiró voluntariamente del Ministerio de Salud el año 1983, después de casi dos décadas de gestión al frente de la Escuela. Declarado epónimo de la Escuela Nacional de Salud Pública en el año 2000, como pionero en la capacitación del personal sanitario en el Perú.

Presidente de la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (1971-1974). Presidente a dedicación exclusiva de la Comisión del Proyecto de la Ley General de Salud (1975-1977), suscribió íntegramente la propuesta de la mayoría. Representando al ministro de salud, presidió tanto la Comisión Ad-hoc encargada de redactar el Estatuto y Reglamento del Colegio Médico del Perú, así como el Primer Jurado Electoral Nacional del mismo Colegio (1969). Autor de diversos artículos científicos sobre epidemiología y capacitación de personal de salud pública.

Representó al Perú en varios certámenes internacionales de salud pública y de educación en salud pública. Recibió numerosas distinciones por su trayectoria académica y sanitaria, entre las principales: Orden del Servicio Civil del Estado, en el Grado de Comendador (1980); Orden “Hipólito Unanue”, en el grado de Gran Oficial (1983). Miembro Honorario de la Academia Peruana de Salud (1998).

CASTELLO CASTELLO JORGE (1926 - 2014)



Médico Cirujano egresado de la UNMSM (1953). Estudios de postgrado en: Administración de Salud (Universidad de Chile, 1959); Higiene Materno Infantil (Universidad de Chile, 1959); Planificación de la Salud (ESPP, 1963); Epidemiología y Prevención de Enfermedades en la Infancia (Centro Internacional del Niño, 1963); Pedagogía Universitaria (UNMSM, 1965-1966); Demografía. Fecundidad y Desarrollo (CELADE, Santiago de Chile, 1966); Latinoamericano de Salud Materno Infantil (Universidad de Chile, 1970); Programación de Inversiones (CPPS-OPS/OMS, 1971); Internacional de Planificación del Sector Salud (ESPP-CPPS-OPS/OMS, 1972); Política y Estrategia en el Proceso de Planificación de la Salud (CPPS-OPS/OMS, 1971); Curso de Defensa Nacional (CAEM, 1976). Título de Especialista de Salud Pública (UNMSM, 1966). Grado de Doctor en Medicina en la UNSMS (1972).

Inició su carrera profesional en el MSPAS como médico jefe de establecimientos y dependencias del Área de Salud del Cuzco (1954-1960), así como de la Unidad de Salud de Magdalena del Área de Salud de Lima (1960-1966) del MSPAS. Posteriormente, Director Ejecutivo de la Dirección General de Programas de Salud del MINSA (1978-1980), actuando, además, como Coordinador del Grupo de Trabajo de Atención Primaria y responsable de la conducción del Plan Nacional de Apoyo a la Atención Primaria de Salud 1979-1980. Otros cargos en el MINSA: secretario del Consejo Nacional de Salud (1980) y Director General Adjunto del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social (1980-1981).

Desempeñó en la ESPP del MINSA los siguientes cargos: Profesor Jefe de la Unidad Docente de Salud de la Madre y el Niño (1967-1969), Subdirector de Estudios Postgrado (1969-1972), Director de Estudios Postgrado (1972-1978), Director General Adjunto (1981-1983), Director General (1983-1985).

Profesor Ordinario de los Departamentos de Ciencias Médica Sociales (1962-1972) y de Medicina Preventiva y Salud Pública (1972-1985) de la UNMSM. Coordinador jefe del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública (1988-1990). Presidente del Comité de la Especialidad de Medicina Integral (1988-1993). Profesor Principal desde el año 1972 hasta el de 1993, cuando se retiró de la UNMSM voluntariamente.

Autor o coautor de más de 40 artículos con fines científicos o docentes publicados en revistas y libros nacionales sobre temas de salud pública. Relator, moderador, ponente, expositor en múltiples reuniones o eventos nacionales e internacionales científicos y académicos.

Representó al Perú en varios certámenes internacionales de salud pública. Recibió numerosas distinciones por su trayectoria profesional, entre las principales: Orden del Servicio Civil del Estado, en el Grado de Comendador (1980); Orden “Hipólito Unanue”, en el grado de Gran Oficial (1984). Miembro Honorario de la Academia Peruana de Salud (1998). Miembro de la Academia Nacional de Medicina.

BUSTÍOS ROMANI CARLOS (1933 -)



Médico Cirujano egresado de la UNMSM (1959). Grado de Doctor en Medicina Humana en la UNMSM (1974). Estudios de postgrado en: Puericultura y Pediatría (UNMSM-UPCH, Lima, 1961-1962); Programación de Desarrollo Económico Social (UNMSM, Convenio Cultural del Cono Sur. Lima, 1965); Pediatría Social (Univ. de Chile. Santiago, 1967); Salud y Dinámica de Población (Universidad de Chile y CELADE. Santiago, 1967); Salud Pública (Escuela de Salud Pública del Perú, 1970); Planificación Nacional del Desarrollo, Universidad Nacional de Ingeniería, Convenio INP-Naciones Unidas, Lima (1977-1978).

Inició su carrera profesional en el MSPAS, como Médico Asistente de la Unidad de Salud de Magdalena (1962-1967). Médico Jefe de Servicio del Área de Salud de Lima (1967-1972). Planificador Médico de la Oficina Sectorial de Planificación (1972-1978). Director General Encargado de la Oficina Sectorial de Planificación del MINSa (1979). Miembro Ejecutivo a dedicación exclusiva de la CPLGS, suscribió íntegramente la propuesta de la mayoría.

En la Escuela de Salud Pública del Perú desempeñó los cargos de Director Ejecutivo (1978-1984) y de Director General (1984-1985) de la ESPP, así como, el del primer director general de la ENSAP (1985-1987). Previamente había colaborado con la ESPP como Profesor Visitante (1964-1977). Coordinador de la Primera Maestría Profesional de Salud Pública desarrollada en el país.

Posteriormente, Miembro del Comité de Salud Pública del Consejo Nacional del CMP (1988-1989, 1996-1997, 2000-2003). Consultor de la Secretaría Ejecutiva del Convenio Hipólito Unanue, Pacto Andino (1992-1997).

Profesor Ordinario del Departamentos de Medicina Preventiva y Salud Pública de la UNMSM (1970-2017). Profesor Principal desde el año 1988 hasta el 2017, cuando es promovido por concurso a la categoría de Profesor Extraordinario Experto de la Facultad de Medicina de la UNMSM. Invitado a escuelas de posgrado de la Universidad Peruana, para desarrollar asignaturas de Salud Pública y de Planificación de la Salud.

Responsable de 20 Proyectos de Investigación sobre Salud Pública registrados por el Consejo Superior de Investigación de la UNMSM. Así como, participante en seis Proyectos de Investigación financiados por Organismos Internacionales; entre ellos, el de "Atención Médica en la Región de las Américas" OPS/OMS (1984).

Autor de 20 libros y numerosas publicaciones sobre temas vinculados con la salud pública y la educación médica; entre los libros: "Cuatrocientos años de la Salud Pública en el Perú (1533-1933)", editado por CONCYTEC y Fondo Editorial UNMSM (2004). Asesor y uno de los principales autores de la colección "Historia de la Salud en el Perú", editada en 25 volúmenes por la Academia Peruana de Salud (2008-2013).

Representó al Perú en varios certámenes internacionales de salud pública y educación médica.

Premios y distinciones en mérito de su trayectoria profesional y académica, otorgados por la UNMSM, el MINSA, el Colegio Médico del Perú, el CONCYTEC y otras instituciones nacionales. Entre las distinciones: Distinción Honorífica de Medalla y Diploma de Honor al Mérito Extraordinario, Colegio Médico del Perú (2011); Diploma de reconocimiento de la Facultad de Medicina de San Fernando por su trayectoria en la docencia universitaria y en mérito a sus logros alcanzados en el campo de la investigación y la salud pública (2014). Miembro Fundador y Honorario de la Academia Peruana de Salud. Miembro Emérito de la Academia Nacional de Medicina.

CARRASCO REYES, VICENTE (1927-1999)



Médico Cirujano egresado de la Facultad de Medicina de San Fernando de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, especialista en medicina interna de reconocido prestigio, Jefe del Curso de Medicina IV de Enfermedades Infecciosas, Tropicales y Parasitarias de la UNMSM, Director General de la Oficina de Recursos Humanos del Ministerio de Salud (1985), Director General de la Escuela Nacional de Salud Pública (1986-1990), Profesor principal de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

LIP LICHAN, CÉSAR ALFONSO (1951 -)



Médico Cirujano, titulado en la Universidad Cayetano Heredia (1977). Especialista en Nefrología (UPCH, 1984), Maestría en Medicina (UPCH, 1985), Doctorado en Medicina (UPCH, 1990), Especialista en Administración de Salud (UPCH, 1994), egresado del Doctorado de Ciencias Sociales (UPCH, 2001).

Inició su carrera profesional como Profesor Principal de la Facultad de Administración y Salud Pública (1981-hasta la actualidad), Médico del Hospital Talara de Petróleos del Perú (1984-1986), Jefe Institucional de la Escuela Nacional de Salud Pública (1991), Vicerrector y Rector de la Universidad Norbert Wiener (2005-2011), actualmente Rector de la Universidad Señor de Sipán (2018), presidente del Comité Nacional de Residentado Médico (1991).

Consultor, Diseñador Académico y Coordinador de Programas Educativos en diversas Instituciones del País y del Extranjero.

Editor y autor de varias publicaciones vinculadas con el tema de gestión y desarrollo de recursos humanos en salud.

ARANDA DEL MAR, JAVIER
(1932 - 2018)



Cirujano Dentista, egresado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, jefe de la Escuela Nacional de Salud Pública (1992-1996), Docente de la Facultad de Estomatología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Ex Presidente de la Cooperativa de Ahorro y Crédito Santa Apolonia; Ex miembro del fondo de provisión social del Colegio Odontológico del Perú; Ex miembro de la Asociación Mutua de Odontología de Perú.

Coautor del Capítulo 11 “La Salud Oral y Mental” de la colección de 22 tomos de la Historia de la Salud en el Perú (2009). Ex Miembro Titular de la Academia Peruana de Salud.

JULIO ENRIQUE SWAYNE OSSA **(1955 -)**



Médico Cirujano, titulado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (1984), Título de Especialista en Administración en Salud por la Universidad Peruana Cayetano Heredia (1999), Maestría en Salud Ocupacional en la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica (2015).

Jefe Institucional de la Escuela Nacional de Salud Pública (1996-1999), Vice Presidente del Comité Nacional de Residentado Médico (1996-1999), vicepresidente de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina Humana (1998), Director Médico de Hospital Privado Rosalía de Lavalle de Morales Macedo (1994-1996), Subgerente Departamento Médico – Banco Industrial del Perú (1988-1992), Médico Asistente del Hospital Cuajone – Southern Perú Cooper Corporation (1986–1987).

Asimismo, ocupó el cargo de Jefe de la Sección Segunda Especialización en Medicina Humana de la Unidad de Post Grado UNMSM (1999-2000), Jefe de la Unidad Preventiva Médica y Ocupacional de la Clínica Stella Maris Mayo (2007-2014), Representante del Sector Privado (Compañías de Seguros) en el Comité de Salud Ocupacional del Consejo Nacional de Salud (2002-2006), Fundador y Jefe del Programa Preventivo Promocional de Riesgos para la Salud de Pacífico Salud EPS, que involucraba Seguros de EPS y SCTR (2002-2007), Médico asesor para la estructuración del Sistema de Salud Ocupacional para obtener la certificación OSHA 18001 de Unión de Cerveceras el Perú Backus & Johnson SAA, (2007-2010).

Representó al Perú en varios eventos nacionales y regionales (OPS/OMS), en relación al campo de gestión y desarrollo de recursos humanos en salud.

CUROTTO BOTTO, HUGO (1940-2016)



Cirujano Dentista, Maestría Profesional en Salud Pública ENSAP (1981-1982), XV Curso de Administración Hospitalaria UPCH (1979-1980), Curso de Especialización en Administración Pública en ENSAP (1978-1979).

Jefe Institucional de la Escuela Nacional de Salud Pública (2000), Director Sectorial I de la Dirección Regional ORDENOR Centro (1981), Cirujano Dentista en la Dirección Regional de Arequipa (1969-1974), director del Programa de Salud Bucal del Ministerio de Salud.

El Dr. Curotto Botto, mediante Oficio ENSAP-J-103-00, solicitó al ministro de salud que a la Escuela Nacional de Salud Pública se denomine Escuela Nacional de Salud Pública "DR. MARIO LEON UGARTE", en reconocimiento a la fructífera y destacada trayectoria del Dr. Mario León Ugarte en el campo de la Biología, Medicina, Epidemiología, Administración Hospitalaria y como investigador en Salud Pública, tanto en el ámbito nacional como internacional, solicitud que fue aprobada mediante Resolución Ministerial N°076-2000-SA/DM del 07 de marzo del 2000.

PEDRO DÍAZ URTEAGA (1950 -)



Médico Cirujano, titulado en la Universidad Nacional de Córdoba de la República Argentina (1978). Maestría en Gerencia Educativa en la Universidad Nacional Federico Villarreal (2001-2003). Estudios de postgrado en: Administración de la Atención de Salud y de Hospitales (UPCH, 1984); Dirección y Administración de Hospitales (Min. Salud España-AECI, 1990); Diplomado de Economía en Salud (Universidad del Pacífico, 2009); Diploma de Especialización en Gestión de Políticas de Recursos Humanos (UPCH, 2010).

Inició su carrera profesional en el MINSA, como Médico Jefe del Centro de Salud Santa Rosa de Puente Piedra (1981-1985). En la Escuela Nacional de Salud Pública, desempeñó los cargos de: Coordinador Docente (1985-1987); Director Ejecutivo de la Oficina de Secretaría Académica (1990-1991); Director General de la Dirección General de Formación y Capacitación en Salud Pública (1992 -2000). En el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos: Jefe Institucional (2001), Sub jefe (2001- 2006), y Jefe Institucional (2007). Asimismo, ha ocupado los cargos de asesor (2008-2009), supervisor (2010) y Director Ejecutivo Adjunto de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, luego, Dirección General de Personal de la Salud (2011-2018).

Presidente del Comité Nacional de Becas del Ministerio de Salud (1994-2006) y del CONAREME (2001, 2003 y 2007), y como su vicepresidente (2002, 2012-2016); asimismo miembro integrante de distintos Comités del CONAREME (2002-2018) Miembro Alterno del presidente del Comité Nacional de Pregrado en Salud del SINAPRES (2006-2008). Representante del MINSA en el Consejo Directivo del Sistema de Recertificación del Colegio Médico del Perú (2001- 2008). Miembro de la Comisión de Alto Nivel de Apoyo a la Reforma en Salud, con Resolución Ministerial N.º 988-2003, y de la Comisión de Articulación Docencia – Atención de Salud – Investigación del Consejo Nacional de Salud (2013-2018).

Editor y autor de varias publicaciones vinculadas con el tema de recursos humanos de salud, entre ellas: “Módulo Auto instruccional para los Programas de Especialización en Gerencia de Servicios de Salud” (2006); “Recursos Humanos para la Salud” en la colección Historia de la Salud en el Perú, Academia Peruana de la Salud (2010 – 2013).

Representó al Perú en varios eventos nacionales, sub regionales (UNASUR y ORAS CONHU) y regionales (OPS/OMS) en relación al campo de gestión y desarrollo de recursos humanos en salud. Miembro Titular y Fundador de la Academia Peruana de Salud y Miembro Activo de la Asociación Peruana de Hospitales.

CABRERA VALENCIA, JAIME ADOLFO **(1947 -)**



Doctor en Filosofía (Universidad de Navarra 1969-1970), Especialista en investigación y desarrollo, Jefe de la Escuela Nacional de Salud Pública y del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (2002-2004), Especialista en cooperación internacional en el Ministerio del Ambiente (2010-2018), Docente de la Maestría en Gestión Pública, Asesor de la Presidencia del Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica (CONCYTEC-2009), Director de Recursos Humanos del Ministerio de la Producción (2006-2008), Gerente de Desarrollo del Instituto Peruano de Administración de Empresas (1994-2001).

Asimismo, presidente de la Comisión Nacional de Concursos para Directores de Hospitales e Institutos Especializados del Ministerio de Salud; Integrante de la Comisión para Implementar la Ley de Nombramiento del Personal Contratado en el Ministerio de Salud.

Representó al Perú en varios eventos nacionales y regionales (OPS/OMS), en relación al campo de gestión y desarrollo de recursos humanos en salud.

CARRIÓN ARRUNATEGUI, RÓMULO (1931 -)



Médico Cirujano titulado en la Universidad de Buenos Aires, República Argentina, asimilado a la Sanidad Naval llegando hasta el grado de Contralmirante (1992), Director General del Instituto Nacional de Oftalmología (2001-2003), Jefe Institucional del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (2004-2006), presidente del Comité Nacional de Pregrado en Salud (2006), presidente del Comité Nacional de Residentado Médico (2004)

LUIS ALBERTO HUARACHI QUINTANILLA **(1947 -)**



Médico Cirujano titulado en la Universidad Nacional Federico Villareal, Especialista en Pediatría, Maestría en Administración, Estudios de Doctorado en Salud Pública y Diplomado en Políticas de Población en el Centro Latinoamericano de Demografía y Desarrollo CELADE-Chile.

Ha ocupado los cargos de Director General del Hospital Nacional Hipólito Unánue (2003-2006), jefe del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos IDREH (2006-2007), jefe del Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres “Juntos” (2007-2008), Jefe Institucional del Seguro Integral de Salud (2010-2011), Superintendente General de SUSALUD (2008-2011).

Docente de la Facultad de Medicina “Hipólito Unanue” de la UNFV (1976-2018), Jefe de Departamento Académico de Medicina Social y de la Conducta de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal, Decano de la Facultad de Medicina de la UNFV (2011-2014)

Ha sido, presidente del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Hipólito Unanue (2002), Secretario de Organización de la Asociación Nacional de Médicos del MINSA (2000-2001)

Es Miembro Titular de la Academia Nacional de Salud, Miembro Titular de la Asociación Peruana de Hospitales, Fundador y Miembro Titular de la Asociación Peruana de Hospitales e Institutos.

RAÚL SUAREZ ÁLVAREZ **(1965 -)**



Médico Cirujano de la Universidad Nacional de Trujillo. Especialidad en Administración de Salud por la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Maestría en Gestión de Alta Dirección en la Universidad Nacional Federico Villarreal. Doctorando en Salud Pública en la Universidad Nacional Federico Villarreal. Master Coach de Negocios en la Universidad de Marketing y Ventas con PNL, Florida, EEUU. Coach Internacional con PNL por la Asociación Internacional de Coaching con PNL. Coach Neurolingüístico por Human Coaching Network (HCN) e International Association of Coaching Institutes (ICI) de Alemania. Certificación Internacional en Coaching por Valores (Gestión MDS Inc. Simón Dolan). Miembro de la Asociación Peruana de Coaching APCO. Facilitador de Procesos de Cambio con PNL en la Escuela Superior de PNL México.

Diplomado Internacional en Estudios de Counseling y Terapia Gestalt (UNESCO); Diplomado Internacional en Formación Universitaria con Enfoque de Competencias, LASPAU - Universidad de Harvard. Diplomado en Coaching y Consultoría en Universidad Ricardo Palma. Coaching Ejecutivo y Coaching de Salud con The International School Of Coaching TISOC de España. Curso de Programación Neurolingüística con Sofía Conti de Argentina. Diplomado Internacional en Coaching Empresarial en UPEL Venezuela. Diplomado Internacional en Gerencia Moderna, Autoevaluación y Acreditación Universitaria con Balanced Scorecard, Universidad TELESUP y Tablero de Comando de Argentina. Especialización en Gestión y Excelencia en los Servicios de Salud en Universidad San Martín de Porres. Especialista en Gerencia de Servicios de Salud por el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos IDREH. Curso Fundamentos de Bioneuroemoción en Enric Corbera Institute.

Ha desempeñado cargos directivos en instituciones públicas y privadas. Fue miembro del Cuerpo de Gerentes Públicos de la Autoridad Nacional del Servicio Civil – SERVIR, Evaluador de Competencias Profesionales en el SINEACE. Director General Nivel F5 de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud; Coordinador Titular del Grupo Técnico de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos de UNASUR Salud; Presidente del Comité Nacional de Residencia Médico (CONAREME); Presidente del Comité Nacional de Pregrado en Salud (CONAPRES), Presidente del Comité Nacional de Articulación, Docencia, Servicio e Investigación (CONADASI); Asesor de Vicerrectorado Académico y Director de Planificación y Acreditación Universitaria en la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; Asesor de Despacho de Alcaldía y Gerente Municipal (e) en la Municipalidad Distrital de Ate; Director Médico de la Clínica Cayetano Heredia SA; Coordinador de Recursos Humanos en The Futures Group; Asesor de Salud de la Municipalidad de San Borja; Coordinador de Gestión Estratégica y Recursos Humanos en Pathfinder International; Director Ejecutivo de Administración de la Dirección de Salud V Lima Ciudad, Coordinador del Comité Integrado de Gestión; del Programa Salud Básica Para Todos y del Programa de Administración Compartida CLAS en la Dirección Regional de Salud La Libertad; entre otros cargos.

Realizó consultorías en organizaciones nacionales e internacionales como la Organización Panamericana de la Salud OPS Perú, USAID Perú, The Futures Group, Pathfinder International, ESSALUD, Centro Nacional de Planeamiento Estratégico CEPLAN, PROCALIDAD; SUNEDU, Seguro

Integral de Salud SIS, Banco Mundial y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) entre otras.

Actualmente es Gerente de Desarrollo Académico en el Centro Internacional de Neurociencias CIN; Coordinador de Campos Clínicos e Internado de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas UPC. También es docente de Post Grado en algunas Universidades del Perú.

Miembro de la Sociedad Peruana de Administración de Salud SPEAS, Miembro del Grupo de Iniciativas para la Calidad de la Educación Superior (GICES). Presidente de la Cámara Internacional de Conferencistas CIC PERÚ. Consultor en Balanced Scorecard y Gestión de competencias directivas. Ejerce Coaching Personal y Ejecutivo, Conferencista Profesional en la Cámara Internacional de Conferencistas CIC y la Asociación de Conferencistas Hispanos ACH México.

HERNÁN EFILIO GARCÍA CABRERA (1954 -)



Médico Cirujano, título otorgado por la Universidad Nacional Federico Villarreal (1982) Especialista en Pediatría, UNMSM (1985), Gerente de Planificación y Evaluación de Inversiones ESSALUD (2011-2012), Médico Programador de la Gerencia de Planeamiento y Evaluación de Inversiones de ESSALUD (2011), Director Ejecutivo de Servicios de Salud DGSP (2001-2002), Director Ejecutivo del Hospital Nacional Cayetano Heredia (2000-2001), Director General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSA (2012-2014), Gerente Regional de Desarrollo Social (2016), Director Regional de Salud de Piura (2017-a la fecha). Autor de varias publicaciones vinculadas con el tema de recursos humanos de salud.

Representó al Perú en varios eventos nacionales, sub regionales (UNASUR y ORAS CONHU) y regionales (OPS/OMS) en relación al campo de gestión y desarrollo de recursos humanos en salud.

MANUEL LEÓN NÚÑEZ VERGARA (1961 -)



Médico Cirujano, título otorgado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (1989), Magíster en Farmacología por la Escola Paulista de Medicina de la Universidad Federal de Sao Paulo – Brasil (1994), Maestría “Docencia e Investigación en Salud”, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (2004), Especialista en Gestión de Políticas de Recursos Humanos, Fundación Oswaldo Cruz – Brasil y Organización Panamericana de la Salud (2007). Asimismo, tiene los Diplomas de Economía de la Salud por la Universidad del Pacífico y del Programa de Alta Gerencia de la Escuela Nacional de Administración Pública (ENAP).

Se ha desempeñado como Director General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos – Ministerio de Salud – Perú. (2008 – 2011 y 2014-2016), presidente del Comité Nacional de Residentado Médico CONAREME (2010-2011), presidente del Comité Nacional de Articulación Docencia-Servicio e Investigación del Consejo Nacional de Salud (2008–2011).

A nivel internacional ha sido Coordinador Titular (2011) y Alterno (2010) del Grupo Técnico de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos de la Unión de Naciones Sudamericanas UNASUR – Salud, Integrante del Grupo Técnico de Recursos Humanos del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, (2008 – 2011), Coordinador de la Red Andina de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina (2005–2007), Secretario Ejecutivo de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (1999–2007), Secretario Ejecutivo del Comité Nacional de Residentado Médico (1999–2007), Vocal del Consejo Directivo del Grupo de Iniciativas para la Calidad de la Educación Superior - GICES (2006–2007).

Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, con responsabilidades en el Pre y Postgrado (1996-a la fecha), Jefatura de Oficina y Asistente de Jefatura de la Oficina de Biblioteca, Hemeroteca y Centro de Documentación de la Facultad de Medicina UNMSM (1996–2001), y responsable de la Oficina de Relaciones Interinstitucionales e Internacionales de esta Facultad, Jefatura de Cursos de la Cátedra de Farmacología de la Facultad de Medicina UNMSM, Miembro del Comité Evaluador de las Revistas Científicas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (1998). Ha sido consultor de OPS, Care Perú, USAID, entre otros

Pertenece a la Sociedad Peruana de Informática Médica, Sociedad Peruana de Farmacología y Terapéutica Experimental, Asociación de Ex-becarios Perú – Brasil.

Ha realizado diversas publicaciones en revistas y textos, con énfasis en las políticas, planes y programas vinculados al tema de la gestión y el desarrollo de los recursos humanos en salud.

CLAUDIA MARÍA TERESA UGARTE TABOADA (1960 -)



Médica Cirujana, egresada de la Universidad Cayetano Heredia (1987), Especialista en Medicina Pediátrica (UPCH, 1993), Magister en Medicina (UPCH, 1998), Doctorado en Medicina (UPCH, 2000).

Inició su carrera como Médica Asistente en el HNCH (1988-1991), jefa del Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Nacional Cayetano Heredia, jefa del Departamento de Emergencia Pediátrica y Cuidados Críticos del Hospital Nacional Cayetano Heredia (2008-2015).

Directora General de la Dirección General de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos en Salud del MINSA (2016-2017), Directora General de la Dirección General de Personal de la Salud del MINSA (2017 a la fecha), Directora General de la Escuela Nacional de Salud Pública (2017-2018).

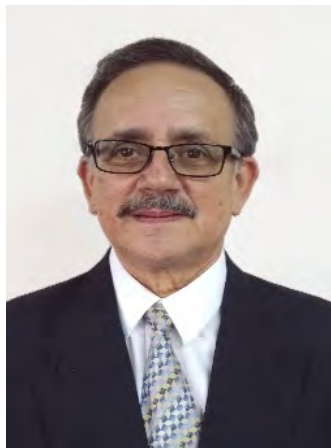
Asimismo, es presidenta del Consejo Nacional de Residencia Médico (2016 a la fecha), Profesora Asociada del Departamento Académico de Clínicas Médicas. Sección de Pediatría – Facultad de Medicina Alberto Hurtado UPCH, (1991 a la fecha), jefa del Área de Especialización, FMAH-UPCH (2012-2015), directora de la Unidad de Posgrado y Especialización FMAH-UPCH (2016), Directora Asociada de Maestrías y Doctorados de la FMAH-UPCH.

Investigadora principal y subinvestigadora de diferentes proyectos o trabajos de Investigación, igualmente tiene varias publicaciones.

Pertenece a la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica; a la Sociedad Peruana de Pediatría y a la International Society for Infectious Diseases.

Representó al Perú en varios eventos nacionales, sub regionales (UNASUR y ORAS CONHU) y regionales (OPS/OMS), en relación al campo de gestión y desarrollo de recursos humanos en salud.

JOSÉ LUIS AMADEO SEMINARIO CARRASCO (1951 -)



Médico Cirujano, graduado en la Universidad Peruana Cayetano Heredia UPCH (1977), con Maestría en Salud Pública en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de John Hopkins, Baltimore, de Estados Unidos. Actual Director General de la Escuela Nacional de Salud Pública (2018).

Consultor de la Alta Dirección del MINSA (2013 – 2014), en temas relacionados con la salud pública: vigilancia de la salud pública, control y prevención de enfermedades infecciosas y crónicas, promoción de la salud, desarrollo de políticas y de la capacidad institucional en materia de salud pública, desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública, mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, investigación en salud pública, emergencias y desastres en la salud.

Durante su trayectoria profesional, ocupó diversos cargos en el MINSA, INS, UPCH y otras entidades de salud. Entre los principales: Director General de la Oficina de Epidemiología del MINSA y Director Programa de Formación de Epidemiólogos de Campo (PREC), Director General de la Oficina de Vigilancia Epidemiológica Activa, Director General de Programa Nacional de Inmunizaciones, Director General de Programa Especial de Sobrevivencia Infantil, Enfermedades Diarreica Aguda.

Laboró en la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en la Gerencia de Proyectos de Salud con el Sector Público y Privado, en las áreas de: gobernabilidad, financiamiento, formación de recursos humanos, servicios de salud, sistemas de información y logística, salud materno-infantil y nutrición.



Dirección General de Personal de la Salud
Av. Arequipa n° 810 - Jesús María, Lima
Teléfono: 01 - 3156600
Anexo 5204