

GREGORIO MENDIZÁBAL LOZANO

**HISTORIA
DE LA
SALUD PUBLICA EN BOLIVIA**

**DE LAS JUNTAS DE SANIDAD A LOS
DIRECTORIOS LOCALES DE SALUD**

La Paz, Bolivia, 2002

BO Mendizabal Lozano Gregorio
WA11 Historia de la salud pública en Bolivia: de las juntas de
M537h sanidad a los directorios locales de salud /
Mendizabal Lozano Gregorio.– La Paz:OPS/OMS,2002
400 p
I. SALUD PUIBLICA^^shist
II. HISTORIA DE LA SALUD PUBLICA BOLIVIANA
III. t.

© 2002

® OPS/OMS

Todos los derechos reservados

D. L. 4-1-974-02

Autor: GREGORIO MENDIZABAL LOZANO

Diagramación

de tapa: Juan Pablo Villena G.

Impreso en: Prisa Ltda.
calle Claudio Sanjinés 1738, Miraflores
Teléfono 2 22 85 00 • Fax 2 22 76 56
Email: jvillena@mail. megalink.com
La Paz, Bolivia

Agosto, 2002

**La Paz, Bolivia 2002
A las gentes que sueñan
y trabajan por mejorar
la salud y la vida de su
pueblo: Esta, es también
su historia**

Gregorio Mendizábal Lozano

CONTENIDO

PRESENTACION	13
PROLOGO	15
PRIMERA PARTE	
EL PERIODO DEL CONSTITUCIONALISMO LIBERAL	21
<i>CAPITULO UNO</i>	
LA BENEFICENCIA Y LA PROPAGACIÓN DE LA VACUNA, PRIMERAS MEDIDAS PREVENTIVAS AL FUNDARSE LA REPUBLICA LAS JUNTAS DE SANIDAD. 1825-1830.	23
FUNDACIÓN DE LA REPUBLICA	25
LA SITUACIÓN DE LA NUEVA REPUBLICA ES COMPLICADA.	26
SIMÓN BOLIVAR Y ANTONIO JOSE DE SUCRE	27
LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO DE 1826	29
LA SALUD DE LA POBLACIÓN	32
ENFERMEDADES DOMINANTES	32
LA ATENCIÓN A LOS ENFERMOS	34
LOS HOSPITALES	36
LAS JUNTAS DE SANIDAD	38
EL CENSO RÁPIDO	41
LA PREVENCIÓN CONTRA LA VIRUELA	43
LA ENSEÑANZA MÉDICA	44
EL REGLAMENTO DE HOSPITALES	46
PREVISION Y ASISTENCIA SOCIAL. ATENCION AL ANCIANO Y AL DESVALIDO. PROTECCION DEL NIÑO Y LA MUJER	48
<i>CAPITULO DOS</i>	
LA FORMACIÓN MEDICA, EL CONTROL PROFESIONAL Y LAS ATRIBUCIONES DE LA HIGIENE PUBLICA POR EL PROTOMEDICATO 1830 – 1897	53

LOS GOBIERNOS CONSTRUCTORES Y REFORMADORES Y LA GUERRA DEL PACIFICO	55
EL CONSTITUCIONALISMO LIBERAL	58
EL PROTOMEDICATO	60
LA DEMOGRAFIA Y LAS ESTADISTICAS	63
LOS CUADROS DEL BOSQUEJO ESTADISTICO DE BOLIVIA DE JOSE MARIA DALENCE	65
HOSPITALES DE LA PAZ. DATOS HISTÓRICOS POR CARLOS BRAVO	68
DEMOGRAFÍA BOLIVIANA. MOVIMIENTO DE LA POBLACIÓN DE SUCRE DE VALENTÍN ABECIA	69
LA ENSEÑANZA MEDICA	72
EL COLEGIO GENERAL DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA PAZ	72
LAS FACULTADES DE MEDICINA	74
LA HIGIENE PUBLICA	77
LAS ENFERMEDADES DOMINANTES	79
LA CUARENTENA	83
LA SANIDAD MILITAR	83
LA CONSERVACIÓN Y PROPAGACIÓN DEL FLUIDO VACUNO	87
LOS HOSPITALES	90
EL REGLAMENTO DE LOS HOSPITALES DE LA PAZ DE 1880	93
EL DR. ZENÓN DALENCE Y LA PROPUESTA DE REFORMA SANITARIA DE 1864	94
EL DR. ANTONIO VACA DIEZ Y LA ESPUNDIA EN BOLIVIA	95
 <i>CAPITULO TRES</i>	
LOS HIGIENISTAS PRECURSORES DE LA SALUD PUBLICA	
LOS TRIBUNALES MEDICOS. 1893-1906	97
CONSERVADORES Y LIBERALES. LA GUERRA FEDERAL Y LA CAMPAÑA DEL ACRE	99
LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA	100
LOS TRIBUNALES MEDICOS	100
LA OFICINA DE INMIGRACIÓN, ESTADÍSTICA Y PROPAGANDA GEOGRAFICA	104

LA ENSEÑANZA MÉDICA	106
LA SALUBRIDAD PÚBLICA Y LAS ENFERMEDADES DOMINANTES	107
EL INSTITUTO MEDICO SUCRE	109
EL PROBLEMA DE LOS HOSPITALES Y EL FILANTROPO GREGORIO PACHECO.	114
ZENÓN DALENCE Y ELÍAS SAGÁRNAGA. LOS HIGIENISTAS	115
LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. SUS COMIENZOS.	118
 <i>CAPITULO CUATRO</i>	
HACIA LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	
LA DIRECCION GENERAL DE SANIDAD 1906 – 1938	121
LIBERALES Y REPUBLICANOS. LA GUERRA DEL CHACO.	123
LA CONSTITUCIÓN DE 1931	124
LA DIRECCION GENERAL DE SANIDAD	125
EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	132
LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER	138
SANEAMIENTO DEL MEDIO	139
EDUCACIÓN MÉDICA Y EJERCICIO PROFESIONAL	140
MEDICINA DEL TRABAJO Y LEGISLACIÓN LABORAL	141
LOS HOSPITALES	141
EL INSTITUTO NACIONAL DE BACTERIOLOGIA “NÉSTOR MORALES VILLAZÓN”	143
EL PENSAMIENTO SANITARIO DE LA EPOCA	146
EL BOLETÍN DE ESTADÍSTICA Y DEMOGRAFÍA DE LA CIUDAD DE LA PAZ.	147
ESTUDIOS ACERCA DE UNA LEGISLACIÓN MÉDICA Y MÉDICO SOCIAL	148
BASES PARA LA ORGANIZACIÓN SANITARIA EN BOLIVIA	149
ACCIDENTES DEL TRABAJO Y PROFILAXIS MENTAL.	150
LA REVISTA DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA	152
LA CONFERENCIA SANITARIA BOLIVIANA	154

UN ADELANTADO DE LA SALUD PUBLICA BOLIVIANA. EL DR. FÉLIX SÁNCHEZ PEÑA	154
LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD Y EL CODIGO SANITARIO INTERNACIONAL	158
EL CÓDIGO SANITARIO INTERNACIONAL	162
SEGUNDA PARTE	
EL PERIODO DEL CONSTITUCIONALISMO SOCIAL	163
<i>CAPITULO CINCO</i>	
LA DEFENSA DE LA SALUD, DEBER PRIMORDIAL DEL ESTADO. MINISTERIO DE HIGIENE Y SALUBRIDAD 1938 – 1958	165
EL NACIONALISMO MILITAR Y LA REVOLUCION NACIONAL	167
LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1938	169
LA CONVENCIÓN-CONGRESO DE 1945	170
EL CONGRESO CONSTITUYENTE DE 1947	171
EL MINISTERIO DE HIGIENE Y SALUBRIDAD.	171
LOS PROYECTOS DEL DR. IBÁÑEZ BENAVENTE	173
LAS ACCIONES SANITARIAS Y DE PREVISION SOCIAL	175
LAS ENFERMEDADES DOMINANTES	176
EL LABORATORIO NACIONAL DE BCG	180
EL EJERCICIO PROFESIONAL	181
LOS HOSPITALES	182
HOSPITAL DE OJOS SAID	184
ATENCIÓN A LA MADRE Y AL NIÑO	186
INSTITUTO DE MATERNIDAD DR. PERCY BOLAND RODRÍGUEZ	187
LAS ACCIONES DE PREVISION SOCIAL	189
EL CODIGO DE SEGURIDAD SOCIAL	191
EL HOSPITAL OBRERO VÍCTOR PAZ ESTENSSORO	195
LA MATERNIDAD 18 DE MAYO	196
EL SERVICIO COOPERATIVO INTERAMERICANO DE SALUD PUBLICA (S.C.I.S.P.)	196
LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. ORGANISMO REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OPS/O.M.S.	201

CAPITULO SEIS

LAS BASES DOCTRINARIAS Y LOS FUNDAMENTOS LEGALES EN SALUD PUBLICA. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. 1958 – 1970	205
EL NACIONALISMO REVOLUCIONARIO Y LA CAIDA DEL MNR BAJO EL SIGNO DE LAS FUERZAS ARMADAS	207
LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1961	208
LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1967	209
LA OPS/OMS EN BOLIVIA	210
LA CARTA DE PUNTA DEL ESTE	212
EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	213
CÓDIGO SANITARIO DE LA REPÚBLICA	214
BASES DOCTRINARIAS DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA	215
PLANIFICACIÓN DE LA SALUD	217
ORGANIZACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	218
PROTECCIÓN DE LA SALUD (ERRADICACIÓN Y/O CONTROL DE ENFERMEDADES, SANEAMIENTO DEL MEDIO)	220
SERVICIO NACIONAL DE LA ERRADICACIÓN DE LA MALARIA	221
LA ERRADICACIÓN DE LA VIRUELA	222
FIEBRE HEMORRÁGICA BOLIVIANA (F.H.B.)	224
LEPRA	226
CAMPAÑA NACIONAL DE VACUNACIÓN ANTIPOLIOMIELÍTICA	227
DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS DE SALUD Y PROGRAMAS ESPECIALES	228
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD OCUPACIONAL	230
EL HOSPITAL LUIS URÍA DE LA OLIVA	232
EL INSTITUTO NACIONAL DE TÓRAX	232
HOSPITAL DEL NIÑO EN TRINIDAD	233
ESTADÍSTICAS VITALES Y SANITARIAS	234
HOSPITAL DEL NIÑO DE LA PAZ	237
INSTITUTO BOLIVIANO DE BIOLOGÍA DE ALTURA (IBBA)	239
EL HOSPITAL JUAN XXIII	241
EL HOSPITAL SAN GABRIEL	242

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	243
LA ENSEÑANZA DE LA SALUD PÚBLICA	244
LA SOCIEDAD BOLIVIANA DE SALUD PUBLICA	248
LAS CONFERENCIAS NACIONALES DE SALUD PÚBLICA	252
LA OBRA DEL SCISP Y LA FINALIZACION DE SUS LABORES	256
EL PLAN DE SALUD 1966 – 1975	260
EL DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD	263
EL FONDO INTERNACIONAL DE SOCORRO A LA INFANCIA DE LAS NACIONES UNIDAS – UNICEF.	266
 <i>CAPITULO SIETE</i>	
LA PLANIFICACION PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD EL MINISTERIO DE PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA. 1970 - 1993	271
LOS GOBIERNOS MILITARES Y LA APERTURA DEMOCRATICA	273
EL MINISTERIO DE PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA	277
EL CÓDIGO DE SALUD	279
SEGURIDAD SOCIAL	281
DEL CUERPO MEDICO AL COLEGIO MEDICO	283
PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMERICAS	285
LOS PLANES NACIONALES DE SALUD	286
PLAN NACIONAL DE SALUD 1971 - 1975	286
PLAN NACIONAL DE PREVISIÓN SOCIAL Y SALUD PÚBLICA DE 1972	287
PLAN NACIONAL DE SALUD 1973-1978	288
PLAN NACIONAL DE SALUD 1977-1980	289
PRINCIPALES ACCIONES REALIZADAS	291
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y EPIDEMIOLOGÍA	291
SALUD MATERNO INFANTIL Y BIENESTAR FAMILIAR	295
SERVICIOS DE SALUD Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	297
ESTADÍSTICAS E INVESTIGACIÓN	298
LA CREACION DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (I.N.E.) Y EL CENSO DE 1976	300

LOS INSTITUTOS DE GASTROENTEROLOGÍA Y LA COOPERACIÓN JAPONESA (JICA)	300
LA ESCUELA TÉCNICA EN SALUD BOLIVIANO JAPONESA	302
EL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA NUCLEAR (INAMEN)	304
EL CENETROP	307
SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000	309
POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS NACIONALES DE SALUD 1981-2000	311
LA COOPERACION DE LA OPS/OMS EN SALUD PARA TODOS	312
BASES PARA LA POLITICA DE SALUD DEL GOBIERNO DEMOCRATICO Y POPULAR. 1983 (U.D.P.)	314
PROGRAMA INTEGRAL DE ACTIVIDADES DE AREAS DE SALUD (PIAAS)	316
LAS MOVILIZACIONES POPULARES	318
DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD	319
LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES. ONG'S.	326
PLAN GLOBAL DE SALUD 1985–1989. PLAN DE ACCIONES INMEDIATAS 1986. PLAN TRIENAL DE SALUD, 1987–1989.	328
DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD	332
DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD	333
RESIDENCIA MEDICA	336
PROGRAMA DE “PARTO GRATUITO”	337
FINANCIAMIENTO EXTERNO EN SALUD	338
PLAN NACIONAL DE SUPERVIVENCIA DESARROLLO INFANTIL Y SALUD MATERNA 1989-1993	338
ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO DE LOS DISTRITOS DE SALUD	342
DESARROLLO DE PROGRAMAS	346
FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	354
EL CENSO DE 1992	356
 <i>CAPITULO OCHO</i>	
HACIA UNA REFORMA EN SALUD. LA SECRETARÍA NACIONAL DE SALUD DEL MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO. LOS DIRECTORIOS LOCALES DE SALUD (DILOS). 1993–1997	359
EN DEMOCRACIA, EL CAMBIO PARA TODOS	361

LA CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO DE 1994	362
EL PLAN GENERAL DE DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL (P.C.D.E.S.). CAMBIO PARA TODOS	362
EL MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO	364
LA SECRETARIA NACIONAL DE SALUD PUBLICA	365
BOLIVIA EN EL COMITÉ EJECUTIVO DE OPS/OMS	366
EL SISTEMA PUBLICO DE SALUD DESCENTRALIZADO Y PARTICIPATIVO	367
EL NUEVO MODELO SANITARIO	368
LAS PRIORIDADES NACIONALES	368
LA RED DE SERVICIOS	369
LA GESTION COMPARTIDA	370
LOS DIRECTORIOS LOCALES DE SALUD	370
LA ORGANIZACION Y DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	372
PROYECTO INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD (PROISS)	373
PROGRAMA INTEGRADO DE SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DEL SECTOR (PSF)	374
PROYECTO DE SALUD INFANTIL Y COMUNITARIA (C.C.H.)	375
EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE SALUD	377
EL PLAN VIDA 1994- 1997	377
PAIS LIBRE DE DESORDENES POR DEFICIENCIA DE YODO	378
EPIDEMIOLOGIA Y PROGRAMAS ESTRATEGICOS	379
INCORPORACION DE NUEVOS RETOS (TEMA VIOLENCIA) EN EL QUEHACER DEL SECTOR SALUD	385
LA RED NACIONAL DE INFORMACION EN CIENCIAS DE LA SALUD	386
SEGURIDAD SOCIAL	387
EL SEGURO NACIONAL DE MATERNIDAD Y NIÑEZ	387
EL SEGURO NACIONAL DE VEJEZ	389
LA SEGURIDAD SOCIAL A PARTIR DE 1987	390
AGRADECIMIENTOS	393
FUENTES DE CONSULTA Y REFERENCIAS	395

PRESENTACION

Nombres, sucesos, épocas, consecuencias, son los ingredientes que la historia de los pueblos necesita para transmitir a las generaciones venideras los logros alcanzados por quienes, con tenacidad y fuerza de espíritu, construyeron las diversas facetas que nos llevan a una realidad presente.

La historia de Bolivia cuenta con relatos, producto de severas investigaciones, realizadas con la responsabilidad de quienes, con amor y respeto al pasado y al porvenir, nos hacen conocer en este presente nuestras raíces y los frutos que asoman en el tiempo venidero.

Sin embargo, una de las expresiones importantes de la vida de los pueblos, cual es la Salud Pública, ha sido apenas mencionada en algunos estudios, sin comprender que la salud de un pueblo se refleja en la salud de una nación y en el desarrollo del país.

De esta Salud Pública que comienza en los albores de la nación, con la presencia de los Libertadores y continúa hasta nuestros días es que nos hablan las páginas de esta investigación que llena un vacío de utilidad para quienes, en el futuro, tengan la inquietud de lograr un conocimiento pleno de la historia nacional a través de la lucha por la salud de su pueblo.

El propósito que da alma a este estudio entrelaza la acción de diferentes actores sociales con las autoridades responsables de la Salud Pública que ha contribuido siempre a formular políticas públicas propicias buscando lograr comunidades más saludables y medidas para la protección de los grupos más vulnerables como los niños y niñas, las mujeres, las poblaciones indígenas, los adultos mayores y la población en condiciones de pobreza.

El nacimiento y funcionamiento de los primeros hospitales y sus reglamentos; la prevención contra diversas enfermedades, la previsión y la asistencia social; la formación médica profesional en el Colegio General de Ciencias Médicas y las facultades de medicina, pasando por los higienistas, precursores de la salud pública, hasta converger en la labor conjunta con la Organización Panamericana de la Salud don, entre otros, temas cuidadosamente descritos en las páginas siguientes.

La “Historia de la Salud Pública en Bolivia” es un libro inspirado en la necesidad de recorrer los procesos históricos de la Salud Pública en Bolivia en aras de valorar antecedentes, rescatar experiencias y la importancia de las políticas desarrolla-

das. Muestra la evolución de los ideales y de los esfuerzos realizados de protección y mejoramiento de la salud desde la época de la colonia hasta nuestros días.

Sus páginas son una muestra de cómo la salud es parte de la historia de todos los pueblos, en este caso de Bolivia y que su evolución marcha paralela a la perspectiva de las conquistas de toda nación. La historia de un país no podría ser completa si no es parte de ella la evolución de la salud de su gente.

Por eso, para la OPS que, como organismo internacional de salud pública fue fundado en 1902, es de plena satisfacción haber acompañado desde 1911 hasta la fecha, la historia de la salud pública en Bolivia. Hoy, al cumplirse una Centuria de nuestra organización, nos complace presentar esta iniciativa que, seguramente, permitirá el debate, la reflexión y el análisis a favor de una salud pública cada vez más justa y como prioridad en la plataforma del desarrollo.

Dirigido al profesional de salud, a especialistas ligados con la disciplina, a estudiantes de ciencias de la salud y al público en general que debe participar activa y concientemente en la construcción de la salud colectiva. Estamos seguros que este libro proporcionará elementos de juicio para un conocimiento más amplio y ético que contribuya al ejercicio responsable de las funciones de la salud pública.

Dr. José Antonio Pagés Piñeiro
Representante OPS/OMS en Bolivia

PROLOGO

¿Qué puede y que debe esperar el médico de la Historia de la Medicina?

Quien como médico no se contenta con ser mero o simple profesional poseedor de una técnica o del manejo de leyes, principios aplicados a la comunidad, que aspire a ser dueño de la doble perfección del hombre culto y del técnico intelectualmente ambicioso, hallará en el conocimiento de la Historia de la Medicina la utilidad no económica, ni pragmática integrada por la dignidad intelectual, la claridad intelectual, instalación en el presente, libertad intelectual, opción a la originalidad, tal es el hecho favorable de la utilidad de la Historia de la Medicina, cuando en carácter serio se la estudia y se la cultiva.

La Historia es el instrumento que toma el médico y el hombre en general para lanzarse al futuro. En la vida de la colectividad la Historia, el saber histórico es un recuerdo de lo que fue al servicio de una esperanza de lo que puede ser. *“El hecho de ser médico no constituye una excepción a esta regla áurea de la existencia del hombre”*.

La Historia, un recuerdo de lo que ha sido al servicio de una esperanza de lo que acaso sea. Tal es, reducido en su quinta esencia, el pensamiento que ha impulsado a Gregorio Mendizábal Lozano a escribir la *“HISTORIA DE LA SALUD PUBLICA EN BOLIVIA – De las Juntas de Sanidad a los Directorios Locales de Salud”*.

La Historia de la Medicina nos enseña de donde venimos, en donde nos encontramos en ese momento, y hacia donde nos dirigimos. Es la brújula que nos guía para el futuro”. La Historia de la Medicina nos vuelve conscientes de que la Medicina es el estudio y la aplicación de la biología en una estructura que es al mismo tiempo histórica, social, política, económica y cultural.

La práctica de la Medicina es sociológica, como producto de factores sociales. El libro la *“HISTORIA DE LA SALUD PUBLICA EN BOLIVIA”* está integrado por dos partes y ocho capítulos y una fuente de consultas y referencia.

Empero, antes de señalar hechos importantes considerados por el autor consideremos la situación de la Salud Pública en el siglo XVII, así en Inglaterra, el trato que se daba a los niños, muchos no deseados eran abandonados y vagabundeaban en grupos, a los menores de cinco años se les internaba en asilos y a los huérfanos un poco mayores se los embarcaba hacia América. Lo que indica que los niños pobres

no recibían ningún cuidado ni atención médica. El texto utilizado por los médicos en general era de Soranus de Efeso.

Las epidemias de peste, sarampión, viruela, escarlatina, varicela, difteria y otras enfermedades febriles agudas cobraban víctimas en la población de adolescentes. La sífilis congénita apareció descrita, junto a la gonorrea, escorbuto, lumbago y raquitismo, los recién nacidos con sífilis eran rechazados y abandonados por miedo al contagio. Las enfermedades dentales eran a menudo causa de muerte.

Las condiciones sanitarias de los adultos no eran mucho mejores, así en Milán la peste mató a 80.000 personas y a 500.000. En Venecia, la Guerra de los treinta Años fue devastadora para la vida y las condiciones higiénicas. El control y la administración en Salud Pública no variaron en relación a la Edad Media. La estructura sanitaria en la periferia de las ciudades por la razón de protección a la ciudad como considerada como de beneficio para una población sana.

En el siglo XVII solo las minorías privilegiadas tenían la posibilidad de ser asistidos por el médico, el resto de la gente estaba en manos de charlatanes. Los “*dispensarios*” eran muy escasos, los hospitales no disponían de clínicas organizadas, fue el tiempo de los boticarios que fueron llenando poco a poco el vacío creando en la asistencia médica y acabaron con el monopolio de los médicos.

Los efectos perniciosos del alcohol y las drogas entre la clase trabajadora sacudió a la población. En un informe sobre calabozos y lazaretos donde se muestra las condiciones humillantes de vida es que se abre paso a la petición general de mejorar las condiciones sanitarias para los reclusos. La higiene naval fue estudiada y se comenzó a administrar zumo de limón para la “*prevención*” del escorbuto. Johan Peter Frank plantea la planificación moderna y sistemática de la Salud Pública. Profesor en Pavia, dotado de gran inteligencia, hizo una revisión total de las necesidades sanitarias proponiendo un sistema que se asemeja al que se realizó en Inglaterra.

La Peste Bubónica, el Tifus, el Paludismo y la Difteria sacudió a la población mundial periódicamente. La Viruela permanecía como enfermedad mortífera, alcanzando proporciones epidémicas en las hacinadas ciudades del Viejo Mundo, donde las basuras y los excrementos humanos se acumulaban en las calles y alcantarillas mal construidas. La valorización, practicada en Asia se introdujo en Inglaterra, empero por los peligros que conlleva fue perdiendo aceptación, hasta que la genial labor de Edward Jenner solucionó el problema. Faltaban algunos años para que la vacuna de brazo a brazo llegara a Bolivia.

En el siglo XIX la organización de la profesión médica, de los hospitales y de la salud pública fueron alteradas por la Revolución Industrial. Las condiciones de los

trabajadores en las fábricas, el aumento de los barrios obreros y la interdependencia de comunidades y naciones, afectaron la práctica médica.

Antes del descubrimiento de las bacterias como causa de enfermedad, los enfoques de la medida preventiva y de la salud pública se redujeron a medidas higiénicas como el abastecimiento de agua potable y la eliminación de los males olores procedentes de las alcantarillas y de las basuras, consideradas como factores etiológicos importantes de las epidemias. Las ideas de Peter Frank sobre el uso de las estadísticas tuvieron importancia en la Salud Pública.

En Alemania, gran patólogo y musicólogo Rudolf Vischow advirtió sobre el buen uso de medidas higiénicas en la aplicación de la Salud Pública.

El Cólera seguía su marcha triunfal en Europa y Estados Unidos de Norte América, la Fiebre Amarilla, la Fiebre Tifoidea no pudieron ser combatidas hasta que se descubrió la etiología. Siglo de grandes progresos médicos, sin repercusión muy tardía en el Continente Americano.

El libro de Gregorio Mendizábal Lozano es la culminación de una idea y de un gran esfuerzo. Constantemente nos preguntábamos cuando íbamos a tener a nuestro alcance un libro de información básica, importante, sobre el desarrollo orgánico de la Salud Pública en nuestro país. Están al alcance de todo médico, algunas publicaciones fragmentarias, interesada sobre decretos supremos, leyes, circulares, ordenanzas, difíciles de conseguir por encontrarse en bibliotecas públicas o privadas a las que no se accede por la falta de tiempo que el atareado médico vive, cumpliendo funciones de responsabilidad que muy pocas veces es entendida por el común de la población.

El libro es una obra de gran esfuerzo, por lo que los más importantes hechos de la historia de la Salud Pública surgen, descritos, comentados y enjuiciados con tacto, buen criterio y tino. Los Capítulos Uno y Dos, preparan al lector para ingresar a los siguientes con conocimientos de territorio, Constitución Política, con apuntes muy certeros sobre enfermedades dominantes, sismas, hospitalarios y su reglamento. Comentario sobre el Protomedicato y la demografía y estadística. El Fluido vacuno. Dos hechos importantes son comentados, la solicitud de la Universidad de la Plata para contar con una cátedra de medicina y otra de Cirugía, presentada por el Diputado de Charcas Don Mariano Rodríguez Olmedo en el Congreso de Cádiz de 1770. Solicitud negada. Otro hecho importante se refiere a la ciudad de La Paz, que alcanzó gran relieve dentro de la Jurisdicción de la Audiencia de Charcas.

Los Capítulos Tres y Cuatro están dedicados a los Tribunales Médicos en forma sobresaliente, al instituto Médico Sucre, al instituto Nacional de bacteriología, Legislación Médica y Social. Es interesante como Gregorio Mendizábal Lozano armoniza hechos históricos, actividades de salud y escorzos biográficos.

En el Capítulo Cuatro la devoción final se manifiesta al escribir una líneas en torno a su señor padre el Doctor Gregorio Mendizábal Torres, cuya tesis de Doctorado versa sobre *“Accidentes de Trabajo-Estudios sobre Legislación en Bolivia”*. Año 1915, trabajo que despierta interés sobre riesgos del trabajador, en su ambiente de actividad y su legislación, adelantándose en aspectos de Seguridad Social e Higiene Industrial, ya que en 1924 se legislan los accidentes de Trabajo, en 1935 la Ley de Seguro y Ahorro Obrero y finalmente la Ley General del Trabajo en 1942 recuerda a su padre y señala los trabajos de *“Higiene y Salud Mental”*, la *“Enseñanza de la Patología Tropical”*, finaliza así: *“se consideró siempre un médico general, con preferente atención a los niños, abogado de los pobre en su condición de médico”* diríamos al glosar esta parte del libro trabajo de apostolado hoy, casi, olvidado por los médicos.

Los Capítulos Cinco y Seis están dedicados a la defensa de la salud por el estado, labor ministerial, al Código de Seguridad Social, la labor del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, la Oficina Sanitaria Panamericana, la Organización Mundial de la Salud, el Nacionalismo Revolucionario y las Fuerzas Armadas en el poder. Escribe con claridad meridiana sobre la Fiebre hemorrágica Boliviana, el Servicio Nacional de la Erradicación de la Malaria es analizado en su labor, la erradicación de la Viruela, gran triunfo de la Salud Pública Boliviana.

El Capítulo Sexto ahorrará al lector la aburrida búsqueda de datos sobre los hospitales del país, tiene una descripción de todos.

La enseñanza de la Salud Pública en las tres Facultades de Medicina de La Paz, Cochabamba y Sucre el autor como gestor, encargado y coordinador de las dos últimas y fundador de la Cátedra de Salud Pública en la Universidad Mayor de San Andrés de la ciudad de La Paz. El papel de la UNICEF en el desarrollo de la Salud Pública Boliviana con detalles que ilustran sobre este aspecto.

Los Capítulos Siete y Ocho dedicados a la planificación para el mejoramiento de la salud, el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. El nefasto periodo de las dictaduras militares. EL Código de Salud, más tarde modificado. Los planes nacionales de salud. La cooperación japonesa, el Instituto Nacional de Medicina Nuclear y su importancia en la Salud Pública. Los cambios de gobierno, los sistemas de salud y sus transformaciones y evolución de acuerdo a la programática política de cada gobierno, variando nombres y cambiando hombres. Mal endémico en la políti-

ca boliviana. Así nos explicamos la discontinuidad o interrupción de dos hechos significativos, cambios de gobierno y cambios en la estructura de los planes sean nacionales, exclusivamente, o con apoyo internacional.

En el Capítulo Ocho explica la continuidad de programas, de la historia administrativa y de la legislación sanitaria, un sin número de decretos, leyes, convenios hasta llegar a los finiseculares del siglo XX.

En el caso de actuaciones específicas y objetivos bien delimitados, tales como contener una epidemia; se han tomado medidas a nivel internacional. Estos esfuerzos se conocen a través de la lectura.

Gregorio Mendizábal Lozano, nacido en Sucre, con estudios secundarios en La Paz, Licenciado en Medicina y Cirugías en la Universidad Mayor de San Andrés, con Título en Provisión Nacional. Postgrado en la especialidad de Salud Pública en la Universidad de Chile, Planificación Económica y Social (C.E.P.A.C.) en Santiago de Chile. Nutrición y Salud Pública en el I.N.C.A.P. de Panamá. Planificación de Recursos Humanos en Salud para países en vías de desarrollo, en Berlín Occidental. 1º Curso de Administración Superior en Buenos Aires y Dirección General en la Universidad de Piura en Lima.

El término de Salud Pública acuñado por John SIMÓN, oficial médico Jefe del Privy Consil de Londres. Acudieron 12 países a París en 1851 para la “Conferencia Sanitaria Internacional”.

EN 1907 nace “*L Office International d’Hygiene Publique*”. Once países americanos constituyen en 1902 la “Oficina Sanitaria Panamericana”. Esta Primera Convención Sanitaria Internacional de las repúblicas Americanas, se celebró en Washington, D.C. del 2 al 5 de diciembre de 1902.

En 1948 el grupo constituido, inicialmente, en París: “*Organización Sanitaria de la Liga de las Naciones y la Organización de Naciones Unidas para la Rehabilitación*” se fundieron en la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) a la que posteriormente la “*Organización Panamericana de la Salud*”.

Hoy como agencia de las Naciones Unidas la Organización Mundial de la Salud realiza intercambio de información epidemiológica y estadística entre sus 140 países miembros, publica libros y revistas especializadas, ofrece servicios de consulta a los países que lo solicitan. Ayuda a la uniformación de los medicamentos y recursos técnicos y actúa, generalmente como coordinador entre los diversos estados para mantener la salud de la población mundial. Bolivia gozó de todos estos beneficios a través de tratados y es por esta razón entre otras que impulsaron a Gregorio

Mendizábal Lozano para escribir este magnífico libro que servirá a estudiantes, médicos en general y los especialistas en Salud Pública.

La estupenda labor del autor fue recopilar y sumarizar esas informaciones, tratarlas con espíritu analítico, propio del historiador y colocarlas en el justo medio que su significación intrínseca les concede.

Sin embargo, no está en la simple narración de los hechos el valor del escrito. Relatar hechos de cualquier época, pueblo o persona es simple tarea de cronista. La historia de los fenómenos tal como ocurrieron sin el juicio crítico que les imprime valor histórico y que les hace formar parte de la historia misma, relaciona el hecho histórico con la persona, el grupo de poder, es decir con las grandes o pequeñas pasiones de nuestro pueblo en tiempo y espacio.

Desde los “*PRINCIPIOS DE ORGANIZACIÓN Y ELEMENTOS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA*”, hasta los trabajos en la revista de la Sociedad Boliviana de Salud Pública, que son los más, los publicados en la Revista Archivos Bolivianos de Historia de la medicina, la labor docente, las asesorías que desempeñó en organismos internacionales, el profesorado de Salud Pública en la Universidad mayor de San Andrés, en su Facultad de Medicina. Nombrado Asesor Internacional y posteriormente Nacional de la OPS/OMS, desarrollo su labor siempre con entusiasmo, con abnegación.

Sin embargo no se detuvo en estos planos de inquietud científica y espiritual, es autor de cuentos y poesías dando grandes señales de su dedicación al estudio de la Historia de la Medicina.

Para terminar deseo expresar que el libro “*HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA EN BOLIVIA*” constituye un homenaje de reconocimiento a todos los que con sus ideas, sus acciones y el trabajo tesonero han ayudado a construir el edificio de la Salud Pública Boliviana.

Agradecer al Doctor Gregorio Mendizábal Lozano, dilecto y noble amigo el honor de haberme permitido leer los originales de su libro y prologar esta obra que tiene el enorme caudal de conocimientos, escrito por un hombre decente, honesto, orgulloso de ser médico boliviano.

Dr. Wálter Arteaga Cabrera
Catedrático Emérito de la U.M.S.A.
Cátedras de Historia de la Medicina y
Ortopedia y Traumatología.

PRIMERA PARTE

EL PERÍODO DEL CONSTITUCIONALISMO LIBERAL

“La Constitución de 1826 no hace referencia directa a la protección de la salud, como función del Estado. La única referencia, muy general, por cierto, es aquella que, en el Capítulo de las Garantías, prohíbe con relación al trabajo toda actividad que se oponga a las costumbres, la seguridad y la salubridad de los bolivianos (art. 15). El mencionado principio supone por salubridad, el cuidado y atención que debe merecer la salud de los bolivianos, no solo en su aspecto físico, sino psíquico, moral o ambiental. Sin embargo la función del Estado en esta área se limitaba a una actitud más defensiva en el campo de la salud, tratando de proscribir todo quehacer que causare daño. Esta actitud extremadamente pasiva frente a la problemática de salubridad por parte del Estado se desprende de las revisiones constitucionales de los años 1834, 1851, 1861, 1868, 1871, 1878 y 1880. En ellos no se encuentra ningún dispositivo que establezca de manera específica la obligación del Estado de actuar por la salud de la sociedad, si bien existen al respecto consideraciones de carácter general”.

*Ruffo Oropeza Delgado
De las Disposiciones Constitucionales
Referentes a la Salud. Bolivia.
El Derecho a la Salud de las Américas
OPS/OMS. Publicación Científica 509.
Washington. DC. 1989.*

CAPITULO UNO

**LA BENEFICENCIA Y LA PROPAGACIÓN DE LA VACUNA,
PRIMERAS MEDIDAS PREVENTIVAS
AL FUNDARSE LA REPÚBLICA.
LAS JUNTAS DE SANIDAD, 1825-1830**

“Piense usted en todos los bienes para esta pobre tierra, yo estoy recogiendo documentos para que usted entre desde el Desaguadero dando decretos de establecimientos de beneficencia que aseguran más el amor de sus pueblos a usted.”

De la carta del 11 de julio de 1825 dirigida a Simón Bolívar por Antonio José de Sucre.

FUNDACIÓN DE LA REPUBLICA

El Decreto de La Paz del 9 de febrero de 1825 emitido por el General Antonio José de Sucre en su calidad de Comandante del Ejército Libertador Unido, convocando a las Provincias de Charcas o Alto Perú, a una Asamblea Deliberante para definir su destino constituye la piedra fundamental de la Independencia. El 6 de agosto del mismo año se reunió en Sucre la Asamblea y aprobó la propuesta de que *“los Departamentos correspondientes a la jurisdicción de la antigua Audiencia de Charcas se declaraban así mismo en Estado soberano e independiente de todas las otras naciones en el viejo y nuevo mundo”*. Enseguida se leyó la Declaración de la Independencia en la cual las Provincias declaraban su *“voluntad irrevocable de gobernarse por sí mismas y ser regidas por la Constitución, Leyes y autoridades que ellas propias se diesen y creyesen más conducentes a su futura felicidad”*. La nación llevaría el nombre de Bolívar y la capital instalada se llamaría Sucre¹.

El nacimiento de la República se producía después de diez y seis años de la dolorosa y sacrificada gesta de la guerra de la independencia, en la que las montoneras, las partidas ligeras, las guerrillas y los ejércitos irregulares, heroicamente se enfrentaron a los ejércitos realistas. Charcas que ahora tomaba el nombre de Bolivia (3 de octubre de 1825) fue la que inició la revolución por la libertad de América el 25 de Mayo de 1809 y era la última en librarse del dominio español.

Originariamente el territorio de la nueva República tuvo el nombre de Collasuyo, que era uno de las cuatro divisiones territoriales (suyos) del Imperio de los Incas (El Tahuantinsuyo). En la conquista se sustituyó el nombre por el de la Nueva Toledo que fue adjudicada a Diego de Almagro, uno de los grandes socios que tiene la Conquista del Perú; el otro socio Francisco Pizarro recibió como compensación la Nueva Castilla. Posteriormente de una manera generalizada este territorio fue conocido con el nombre de Provincias Altas de Perú y también por el de Charcas. Cuando Charcas pasó a depender del reciente Virreinato del Río de la Plata (1776) para borrar la antigua dependencia del Virreinato de Lima, el nombre más usual era el de Alto Perú. Para muchos historiadores el nombre colonial correcto de estas provincias que se independizaban era el de Charcas². Desde el punto de vista sociológico Charcas era también una nación. La Plata (que incluía a Oruro) La Paz, Potosí y Santa Cruz (cuya capital era Cochabamba), constituían regionales entre las cuales existía movimiento comercial e influencia cultural recíproca³.

¹ Alberto Crespo. El Alto Perú y la República de Bolivia ni Lima ni Buenos Aires. La Hazaña del Libertador Fascículo 3. La Razón 1996.

² Alberto Crespo Rodas, El Nombre de Bolivia. Los Bolivianos en el tiempo. Fascículo 1. La Razón. 1993.

³ José Luis Roca. Creación de la República de Bolivia. Bolívar y Sucre y el Liberalismo. Los Bolivianos en el Tiempo. Fascículo 8. La Razón. 1993.

LA SITUACIÓN DE LA NUEVA REPUBLICA ES COMPLICADA

El territorio, la población y los asuntos político-económicos y sociales de la nueva República, preocupaban hondamente al fundador de la República el Mariscal Antonio José de Sucre, así como a Bolívar y los nuevos gobernantes. Una noticia de entonces, con el título de “**Situación de la Nueva República es complicada. Bolivia 1825**”, decía lo siguiente:

“Desde distintos puntos de vista hallaron como complicada la situación de Bolivia, los asesores político-económicos que vienen trabajando en la región al servicio de las nuevas autoridades de gobierno. Desde el punto de vista étnico y demográfico afirmaron poseer la siguiente afirmación: la población boliviana oscilaría entre un millón y un millón quinientos mil habitantes, los cuales se distribuyen en cuatro regiones tan diferentes entre sí que conspiran contra una identidad y un espíritu nacionales. Ellas son el altiplano, los valles, los llanos y el litoral. La población blanca ocupa los centros poblados con una gran mayoría de mestizaje y los aymaras continúan en las tierras altas de la meseta andina, los quechuas prefieren la zona de los valles, mientras continúan existiendo en este país tribus nómadas que habitan la zona selvática. Desde el punto de vista económico afirmaban que la producción minera continua su decadencia, no alcanzando la de este año a 1.000.000 de pesos fuertes, lo cual es una suma insignificante para satisfacer las necesidades de bienes importados como la carne, los granos, mulas y caballos principalmente, aunque también se importaban artículos para el uso del Estado y de lujo para una minoría blanca. Por último coincidieron en que la situación política no es menos compleja ya que la inexperiencia de los representantes y el cúmulo de problemas heredados de la Colonia a resolver retardan el proceso de consolidación de la independencia”⁴

El Agente Consular Británico Joseph B. Penthand⁵ presentó en 1826, una información valiosa sobre el Estado que se estaba formando. Señalaba que para ese año, en una investigación demográfica llevada a cabo por el Gobierno se estimaba la población total de Bolivia entre 1.100.000 a 1.200.000 habitantes. De este número unas 200.000 personas eran de ascendencia española constituyendo la clase que comenzaba a gobernar, 800.000 eran indios y tenían ocupación en las minas y la agricultura, mientras que 100.000 eran de razas mezcladas denominadas cholos y mestizos a quienes los consideraba “*gentes de mucha energía, de carácter y vivacidad natural*” y los pobladores de raza negra llegaban a 7.000, de los cuales más de la mitad, 4.700, continuaban como esclavos. En cuanto a la situación económica según el

⁴ El Chasqui de El Diario. Fascículo XIV. La Paz. 1996.

⁵ Alberto Crespo. Un Inglés Informa sobre Bolivia. Cuadernos Históricos. Fascículo 4. José Antonio de Sucre. La Razón. 1996.

informe del Cónsul Inglés, el nuevo país se encontraba con una minería destruida. De la gran cantidad de minas en el Cerro Rico de Potosí que en buenas épocas existían, en 1826 estaban en trabajo apenas seis, el resto se habían derrumbado, habían sido abandonadas o permanecían inundadas. Las minas que estaban en trabajo producían minerales de baja ley, recolectados en la superficie de la montaña, que fueron rechazados como muy pobres en tiempo del auge de las minas.

SIMÓN BOLIVAR Y ANTONIO JOSE DE SUCRE

El primer presidente de la República de Bolivia, aún no constitucional, fue Simón Bolívar y su gobierno duró apenas cuatro meses. El 11 de agosto de 1825, la Asamblea Constituyente que había declarado la independencia de Charcas, designó al Libertador Simón Bolívar, Presidente de la nación y encargó a los diputados José María Mendizábal y Casimiro Olañeta poner en conocimiento del Libertador que la nueva República llevaría su nombre y que él era el encargado de redactarle su primera constitución⁶.

El Libertador desde Lima a partir del 8 de agosto, acompañado de los Generales Sucre y Lanza, hizo su entrada triunfal por La Paz, pasando por Potosí, arribando a Chuquisaca el 4 de noviembre en medio del regocijo y grandes homenajes en todas las ciudades. Con mucha anterioridad, desde su ingreso a las provincias de Charcas, Sucre se había preocupado de preparar los primeros decretos con relación a la organización de la República y de recabar información confiable sobre los cuales debían basarse los planes y programas, solicitando a los presidentes de las provincias estadísticas referentes a ingresos y gastos, rentas, minería, agricultura, industria y educación. En una carta fechada el 11 de julio de 1825, Sucre le decía a Bolívar: “*yo estoy recogiendo documentos para que usted entre desde el Desaguadero, dando decretos de establecimientos de beneficencia que aseguren más el amor de estos pueblos a ud.*”. Una vez en Chuquisaca, Bolívar trabajó en la organización de la nueva República haciendo funcionar su Secretaría General.. “*Esta se entendía directamente con el Gobierno Nacional, regido por el General Sucre*” según su Secretario Rey de Castro⁷. Allí comenzó a redactar la Constitución Política que un año más tarde entregaría al Congreso. En el tiempo que gobernó Bolívar, emitió más de cincuenta decretos, resoluciones y órdenes referentes a la forma de gobierno que se iba a establecer, ordenar las finanzas, reglamentar la minería, sentar las bases de la educación, aplicar nuevas políticas a favor de los indígenas.

⁶ José Luis Roca. Creación de la República. Bolívar. Sucre y el Liberalismo. Los Bolivianos en el Tiempo. Cuadernos de Historia N° 8. 1996, la Razón.

⁷ Carolina Laneiro de Herbas. La Presidencia de Simón Bolívar-Antonio José de Sucre. Fascículo N° 6. La Razón.

El 16 de diciembre de 1825 se dicta, por el Libertador Bolívar, el primer decreto relativo a Salubridad “*reglamentando el servicio de hospitales para que los enfermos tengan la mejor asistencia*”. El 25 de enero de 1826 el mismo Libertador “no obstante las grandes preocupaciones y la tarea recargada de organizar políticamente la nueva nación”, dicta otro decreto estableciendo los cementerios, porque según rezan las consideraciones: “la insalubridad de los pueblos dependen en gran parte de la falta de limpieza y policía y la experiencia ha demostrado que nada corrompe tanto la atmósfera de los pueblos como el enterramiento de cadáveres en ellos y, particularmente, en la iglesia, donde la reunión de los fieles hace que el aire, por falta de ventilación se carga de miasmas”. Para Juan Manuel Balcázar, “Bolívar se mostraba como un avanzado higienista, precedía al mismo Pasteur en sus concepciones sobre la infección y el contagio”, según la “*Medicina Nacional a través de cien años*”, publicado en La República el 6 de agosto de 1925.

El 29 de diciembre Bolívar nombró su sucesor al Mariscal Antonio José de Sucre, confiriéndole su poder “*discrecional*” y el 10 de enero regresó a Lima. Sucre aceptó la Presidencia Constitucional de la República de Bolivia pero por solo dos años que calculó era el tiempo indispensable para que se consolidase su existencia interna e internacional y cumplió con ello sin quedarse un solo día más desde el plazo que se había señalado, ejerciendo un gobierno “*notable por su ecuanimidad y logros institucionales*”⁸. Una noticia del 6 de noviembre de 1826 (un año antes había aparecido la Prensa Boliviana con “*La Gaceta de Chuquisaca*” y el *Cóndor de Bolivia*) decía: “*Sucre que ya venía ejerciendo el poder supremo de Bolivia por encargo del Libertador Bolívar fue ratificado el 26 de mayo de este año, en acto solemne por la Asamblea Constituyente. El Libertador ha querido perfeccionar esta herramienta de gobierno, enviando un nuevo proyecto a la Asamblea. Fuentes allegadas al proyecto, han catalogado a la nueva Constitución como vitalicia ya que otorga ese carácter al Presidente de la República, el que está cubierto de toda responsabilidad en sus actos y lo secundan cuatro poderes: Electoral, Legislativo, Ejecutivo y Judicial, además de tres cámaras, de Senadores, Tribunales y Censores*”⁹.

Sucre gobernó primero como encargado del Mando Supremo y desde el 28 de octubre de 1826 como el primer Presidente Constitucional, hasta abandonar el territorio el año 1828. Durante este breve pero fructífero periodo de la vida republicana logró mantener un equilibrio político entre su jefatura y la Asamblea que le permitió avances importantes en la constitución de los poderes, en la configuración del estado y en la aprobación de numerosas propuestas sociales. En sus leyes, ordenanzas y decretos, se refleja su preocupación e interés en la necesidad de controlar los recursos, las rentas públicas y las aduanas, así como de buscar una conexión portuaria propia,

⁸ Roberto Querejazu Calvo. El Padre y la Madre de Bolivia. Antonio José de Sucre. Fascículo N° 4. La Razón. 1995

⁹ El Chasqui de El Diario. Fascículo XIV. 1996

libre de trabas arancelarias, su empeño en la educación, como instrumento de redención popular y su preferencia por los indigentes, desvalidos y necesitados¹⁰.

En carta del 8 de mayo de 1826 al Mariscal Andrés de Santa cruz, en una de sus partes le decía: *“Vuelvo a hacer mis recomendaciones sobre los azogues pues este Potosí perece, sino se le proporcionan: si vienen azogues tendremos plata y en abundancia”*. Hacía luego referencia a siete Decretos Supremos que promulgó en Potosí: Colegio de Ciencias y Artes; el de Huérfanos en el Convento de San Agustín; Colegio de Niñas Huérfanas; Hospicio de Mendigos; *Arreglo de los Hospitales*; *Escuelas de Primeras Letras en todo el Departamento* y el decreto de liberación de contribución directa, diezmos, primicias y toda clase de derechos a la provincia de Atacama”. Después dijo al Mariscal Santa Cruz en la misma carta *“como el Departamento de La Paz, es más rico que Potosí, me prometo que U. Hará más allá, pues U. Sabe que la verdadera base de la libertad y de la prosperidad del país es la educación pública. Consagre U. Mi querido General, a este objeto, su principal atención y tendrá eternas bendiciones de sus paisanos”*¹¹

LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO DE 1826

La Constitución Política del Estado elaborada por Simón Bolívar fue debatida y aprobada en la Asamblea Constituyente el 19 de noviembre de 1826, en donde también se aprobaron varias leyes como las referidas a los días feriados, modificación de la bandera nacional, la creación del Departamento de Oruro y de la Policía Nacional. A continuación presentamos el resultado del análisis que hace de esta primera Constitución de la República de Bolivia el Dr. Valentín Abecia Baldivieso¹² desde el punto de vista jurídico:

“Consagra los principios del estado de derecho y del sistema republicano, representativo y liberal.

*Los principios **republicanos** introdujeron la división de poderes dentro de un esquema de especialización de funciones y equilibrios para garantizar la más amplia libertad.*

*Los principios **representativos** expresaban que la soberanía reside en el pueblo que es el único y original detentador del poder delegado a sus representantes en contraposición de los principios monárquicos precedentes.*

¹⁰ María Luisa Kent. Sucre. Guerrero y Libertad. Antonio José de Sucre. Fascículo N° 7. La Razón. 1996.

¹¹ Teodosio Imaña Castro. Los Mariscales Santa Cruz y Sucre. Presencia, 28 de febrero 2001.

¹² Valentín Abecia Valdivieso. Historia del Parlamento. 20° Edición A 14. Congreso Nacional 1999. La Paz.

*Los principios **liberales** se expresaban en la concepción de la libertad de la persona, considerada individualmente como centro de la sociedad y a quien la ley debe destinar su mayor preocupación y protección así como su derecho de propiedad y locomoción, su libertad de conciencia y de opinión.*

La constitución aseguraba la libertad y la estabilidad, la idea básica era dotar a los ciudadanos de un mecanismo jurídico y político para el ejercicio de la libertad.

*Para Bolívar el estado estaba constituido en **función de la persona**, decía que **ésta es la reunión de todos los bolivianos**, por eso se habla de un gobierno popular y representativo.*

La seguridad, individualidad, la propiedad y la igualdad eran complementarios. La igualdad ante la ley, llevaba implícito el concepto de la eliminación de la esclavitud.

*La libertad civil, es decir **la verdadera libertad** no puede ser suspendida y al Presidente, se la prohíbe privar de libertad a los ciudadanos. Esta libertad está amparada por las Cámaras Legislativas y el Poder Judicial. La libertad política consiste en expresar la libertad de elegir por eso crea un Poder Electoral.*

*Los **nacionales llegan a ser ciudadanos** a los 21 años, deben saber leer y escribir y tener algún empleo o ejercer una industria y no estar en sujeción en clase de servicio doméstico. **Nótese que por no saber leer, de hecho, los indios no eran ciudadanos.***

El Poder Público se dividía en cuatro secciones: Electoral, Legislativo, Ejecutivo y Judicial, cada poder ejercía sus funciones dentro de los límites fijados por su propia constitución.

En el parlamento existían tres Cámaras, Cámara de Tribunales, Cámara de Senadores y Cámara de Censores, representantes del pueblo. Bolívar pensó en tres Cámaras basados en que una dirimiría entre las dos restantes y que cada uno tenía funciones específicas.

El ejercicio del Poder Ejecutivo reside en el Presidente Vitalicio, un Vicepresidente y tres Ministros de Estado (Del Interior y Relaciones Exteriores, de Hacienda y de Guerra y Marina).

Esta primera Constitución no hace referencia a la protección de la salud como función del estado, la única referencia que hace, muy genérica por cierto, según el

jurista Ruffo Oropeza Delgado¹³ “*es aquella que en el capítulo de las garantías prohíbe con relación al trabajo, toda actividad que se oponga a las costumbres, la seguridad y la salubridad de los bolivianos*”, al respecto dice: “*ningún género de trabajo, industrial o comercio puede ser prohibido a no ser que se oponga a las costumbres públicas, a la seguridad y a la salubridad de los bolivianos*” (Artículo 155).

El mencionado principio supone por salubridad, el interés, cuidado y atención que se debe merecer la salud de los bolivianos, no solo en su aspecto físico sino mental, social y ambiental. Sin embargo la función del estado en esta área se limita a una actividad más defensiva en el campo de la salud, tratando de prohibir todo quehacer que causara daño. No existe un cambio, una actitud activa de dirección, planificación y control de la salud del pueblo en sus diversas manifestaciones, se trata de una actitud lógica dada la concepción ideológica y el carácter individualismo del ordenamiento jurídico. Con relación a la seguridad y dignidad de las personas, el artículo 127 dispone: “*Queda abolida toda confiscación de bienes y toda pena cruel y de infamia trascendental*”. Es decir que el Estado asume una posición contemplativa hacia todo lo referente a la salud. Por otra parte, debe suponerse, que en muchos de los casos, debido a la falta de capacidad orgánica del estado y problemas administrativos, las disposiciones del artículo 127 no tuvo ni siquiera posibilidad de cumplirse a nivel de mero control.

A partir de esta primera constitución, en el país se han realizado en los 177 años de la vida republicana hasta la fecha 18 revisiones. Para los juristas la Constitución Política del Estado, sin embargo de estas revisiones continúa incólume en lo sustancial. Para Ernesto Daza Ondarza “*sin haber variado sus esencias estructurales nuestra constitución es la misma desde 1826: republicana, unitaria, régimen democrático y representativo de gobierno, independencia de los organismos de poder, limitación del poder público, libertades y derechos de la persona humana y garantía de los derechos*”.

Según Ruffo Oropeza Delgado en el derecho constitucional boliviano se distinguen dos periodos diferenciados: El Constitucionalismo Liberal en donde se dio importancia al individualismo y a los derechos naturales de las personas que se inicia con la constitución bolivariana (1826) y termina en la Constitución de 1931, constituye el primer periodo. El segundo periodo se inicia con la Constitución de 1938 que da origen al Constitucionalismo Social que proclama los derechos de la sociedad y el pueblo en resguardo de la estabilidad social a fin de lograr el bienestar de las personas en el marco de la comunidad y el reconocimiento del derecho a la salud.

¹³ Ruffo Oropeza Delgado. El Derecho a la Salud en las Américas. Bolivia – OPS/OMS. Publicación Científica N° 509. Washington DC. 1989

LA SALUD DE LA POBLACIÓN

En aquel tiempo, como en la Colonia, la salud de la población estaba seriamente amenazada por un sin fin de enfermedades, las más desconocidas que explotaban en epidemias; por el hambre y la desnutrición; la carencia de agua y saneamiento básico, el desorden, la arbitrariedad y la falta de conocimientos en el manejo de los Hospitales para atender a los enfermos y el ejercicio incipiente de la práctica médica.

ENFERMEDADES DOMINANTES

Entre los cronistas de la Colonia el Padre Calancha, en relación a sus observaciones sobre los enfermos decía¹⁴: *“calenturas son sus ordinarios males y hechizos de hierbas sus venenos de estos saben la contra y de aquellos los venenos, son pocos los resfriados y menos los pasmos excepto en las minas de azogue y plata, allí salen sudando del trabajo en las grutas y se pasan, no peligran en los vientos porque nacen y viven del aire, sin defensa ni abrigo y millones de indias paren en los campos cubiertos de nieve y al punto que han parido se laban el cuerpo y con agua de nieve lavan a la criatura.... No hay indio que sea loco furioso y que haya tenido mal de orina, ni asma, ni gota y muy singular el que da mal del corazón; a su bebida la chicha lo atribuyen muchos”*.

La mayoría de los cronistas niegan rotundamente la aparición de la viruela en la época anterior a la conquista. La enfermedad apareció en 1518 en la Isla española (Santo Domingo) difundida rápidamente llegó hasta el Alto Perú. Una crónica de la época decía: *“Los indígenas encontrando los estragos de la Viruela decían más tarde: los españoles son muy buena gente que nos han recompensado muy libremente dejando su viruela a cambio de la cantidad infinita de oro y plata que se han llevado”*¹⁵.

Para nuestros cronistas¹⁶ las enfermedades dominantes al iniciarse la República eran la viruela, el paludismo (chujchu), la tuberculosis (tysis), la sífilis (buba o bubas), el tifus exantemático, la peste bubónica, la uta (leishmaniasis), la parasitosis, el bocio (ckoto) y la lepra.

¹⁴ Fray Antonio de la Calancha. Crónica Moralizadora del orden de San Agustín en el Perú, etc. Barcelona 1638. Citado por Valentín Abecia.

¹⁵ Jorge Ocampo Castelú. Consideraciones sobre la Cuarentena en Bolivia. Crónica Aguda. Año 2. N° 10. 1989. La Paz

¹⁶ Juan Manuel Alcázar Sant Loup. Walter Arteaga. Antonio Braun Lema sobre todo.

LA DESNUTRICIÓN

Una crónica fechada en 1508 en la Española, se refería a las causas de la mortalidad indígena en estos territorios¹⁷: *tan solo 60.000 indios de los 400.000 que habitaban esta isla cuando Colón llegó por primera vez han sobrevivido a los duros cambios expuestos sobre sus vidas por los colonizadores.... Los indios se quedaron sin su principal fuente de proteínas cuando los españoles acosados por la hambruna de 1495 y 1503 también agotaron la población de huitis (cuiy en el Alto y Bajo Perú) parecidos a la rata y de otros mamíferos.... Los indios obligados a cumplir larguísimas jornadas de trabajo forzado, en las minas y sus antiguos sembrados, cuyas cosechas alimentaban ahora a los españoles. Luego de realizar esas tareas un año sin descanso sometidos a malos tratos los hombres sufren de impotencia y son incapaces de procrear”.*

Esta dura servidumbre de los indios y el despojo de sus bienes de la tierra se había producido también en Charcas, especialmente durante la explotación de las minas de Porco y Potosí, donde se suplía el alimento con coca y alcohol y particularmente en los largos años de la guerra de la independencia. En los triunfos y derrotas, eran obligados al abandono de los poblados y las parcelas de sembradíos y de los animales domésticos por las tomas de posesión tanto de patriotas como de realistas, reduciéndose la producción de alimentos. Estos hechos fueron los determinantes del hambre y de la desnutrición, que años después el Dr. Escudero diagnosticara como desnutrición crónica en Bolivia.

EL ABASTECIMIENTO DEL AGUA

Si bien, con los años se había disminuido el rigor de la prohibición teológica del uso del agua para que se bañaran los indios (la misma crónica de la Española decía: “*se les prohíbe el baño diario porque los teólogos lo consideran perjudicial para la salud*”) por la propagación de incipientes medidas de higiene personal, el combate a las mismas y el hacinamiento, en los pocos poblados la disponibilidad de agua aún para beber y el saneamiento eran completamente precarios, uno de los “*cronistas republicanos*” decía:

*“No existía alcantarillado en ninguna ciudad ni población grande y el pozo era la fuente de abastecimiento de agua domiciliaria, así como los manantiales para el abastecimiento público y los aljibes que guardaban el agua de lluvia en las poblaciones orientales. Los cuadros de enfermedades hídricas eran frecuentes y fatales”*¹⁸.

¹⁷ El Chasqui. Colección del Diario. La Paz. 1996.

¹⁸ Walter Julio Fortún. El Hospital, la Salubridad y el Saneamiento en el inicio de la República. Santa Cruz. 1984.

Wálter Julio Fortún hace al respecto una relación de los casos que ilustran esta situación al iniciarse la República en las ciudades de Chuquisaca, Potosí y Cochabamba. En Chuquisaca solo existían en 1620 fuentes de agua en los conventos y unas cuarenta casas de los más ricos y ligados a la Audiencia de Charcas, el resto se abastecía de las fuentes de la Plaza Mayor de San Agustín. En Potosí el problema del agua, era también grande y la población se abastecía no sólo de las fuentes públicas y particulares, sino de los ingenios que beneficiaban la plata. En 1825 y 1826 fueron dos veranos muy secos que redujeron considerablemente el caudal de las 32 lagunas. El cabildo de Cochabamba en 1826 presenta un proyecto de captación de agua de la laguna Guara-Guara al gobierno, quien aceptó e hizo la licitación. Esta obra no pudo iniciarse por la oposición de los terratenientes de Sacaba, los que presentaron otro proyecto.

LA ATENCIÓN A LOS ENFERMOS

En las ancestrales culturas andinas, como el Tiahuanacu, los Huillas (sacerdotes), Kolliris, Jampiris, Jampicamayoc, oficiaban el arte de curar a los enfermos en los Huakas (templos) donde se rendía homenaje a los dioses.

En el Imperio Incaico, extendido el Tahuantinsuyo, el Oncomayoc, era algo así como un superintendente inspector o protector de los enfermos o inválidos, ejecutor de las disposiciones reales y del control de los corpa-huasi, para el cuidado de los enfermos o “calles para enfermos” que constituían los primitivos hospitales.

En el Kollasuyo (especialmente en el Departamento de La Paz y las Provincias de Charazani) surgieron los Kallaguayas, personajes centrales del panorama de medicina popular o tradicional de los pueblos americanos, transportadores de remedios, se los encuentra con sus alforjas en todo el mundo, se convierten en los jampecmachos (médicos viejos) y organizan su comercio con medicamentos en sus puestos de venta o hampicatus, que pueden considerarse como las primeras boticas y farmacia.

Aymaras, quechuas, tupiguaraníes y las diferentes etnias que constituyeron la mayoría de la nueva república, generalmente usaban y acudían a sus curanderos, dentro de los cuales recurrían también a determinadas especialidades, como jampiris, yatiris, hueseros, etc. El término de curandero genéricamente se refería a los capaces de curar la enfermedad, ya sea intuitivamente, mágico, religiosa o empíricamente, constituyendo los actores de la medicina tradicional, que ahora ha sido introducida a los servicios regulares de salud.

De la Colonia quedaban algunos barberos, sangradores, alquimistas, astrólogos, herbolarios y en general un mundo de médicos y curanderos. El ejercicio profesio-

nal era caótico y sin ninguna limitación ni control. En una carta escrita por Hipólito Unanue, eminente padre de la medicina del Perú, al Virrey Abascal, agradeciéndole su nombramiento de Protomédico, le decía: *“quien no conoce que a excepción de uno u otro facultativo que había en las capitales, el resto de toda América meridional es la presa de la ignorancia, aventureros, charlatanes y pícaros que se fungen médicos y cirujanos para pasar su vida sin trabajo y encontrar el fomento de sus vicios* ¹⁹”

Los médicos llegaban a Charcas por Lima, cuyo Protomedicato general fundado en 1570 por Célula de Felipe II daba licencias, posteriormente por Buenos Aires, cuyo tribunal del Protomedicato se estableció en 1778. Las ideas médicas en el Alto Perú, según la obra citada de Valentín Abecia *“eran el reflejo de los que reinaban en Europa, con el aditamento de que al más grosero humorismo se añadían las preocupaciones indígenas. Los agentes terapéuticos eran cálidos o fríos, húmedos y secos y en primero, segundo o tercer grado. Las enfermedades eran juzgadas bajo ese mismo criterio”*.

Por los cincuenta primeros años del novecientos los médicos que trabajaron en las áreas rurales podían escuchar de los enfermos que trataban una descripción muy propia de su percepción en cuanto a sus dolencias: Se enfermaban de pasmo o arrebato. Era pasmo las afecciones que se localizaban en el cuerpo por debajo de la cintura: apendicitis, cólicos, infecciones intestinales y urinarias y era arrebato, los que estaban arriba, encima de la cintura: gripes, neumonías, catarros, sinusitis, males del pulmón y del corazón y los remedios que los curaban eran los fríos para el pasmo y los cálidos para el arrebato ya sean húmedos o secos. El hacer médico, en los primeros años de la República como en la colonia eran predominantemente de tendencia herbolaria de los curanderos tradicionales y una mezcla con las tendencias europeas, creándose según Antonio Braun Lema un mestizaje por la inmensa influencia india que desde entonces dio un cariz especial a la Audiencia de Charcas²⁰.

La atención a los enfermos se hacían en las parroquias y los conventos por sacerdotes, persistían también las *“casas de salud”*, como los que Don Bartolomé Hernández, español emigrado de la Mancha, minero y próspero mercader, había fundado en su propia casa en Charcas, dejando al morir en su testamento *“2.000 pesos corrientes para que puesto en censo con los réditos obtenidos, continuara brindando hospedaje y curación a los enfermos como piadoso servicio”*.

¹⁹ Valentín Abecia . Algunos datos sobre la medicina y su ejercicio en Bolivia. Crónica Aguda.

²⁰ Antonio Braun L. Historia de la Salud Pública en Bolivia.

LOS HOSPITALES

Los hospitales que se habían ido creando según la orden real de Carlos V a los Virreyes, Audiencias y Gobernadores “*que con especial cuidado provean que todos los españoles e indios de sus provincias y jurisdicciones se funden hospitales donde sean cuidados los pobres, enfermos y se ejercite la caridad cristiana*” al iniciarse el periodo republicano estaban la mayor parte habilitados aún, cuando en precarias condiciones de observación.

En La Paz en 1551 se había fundado el Hospital San Juan Evangelista, que estaba situado al costado del Convento de San Francisco, la dirección y administración corría a cargo del Cabildo y su asistencia a cargo de los hermanos Franciscanos para españoles e indios. En 1807 en la misma ciudad de La Paz se entregó al servicio público el “*Hospital Loayza*”, llamado en un comienzo “*San José*”, fue fundado con fondos del filántropo General José Ramón de Loayza en el sitio ocupado por el barrio de Nazareno primero, después por el Colegio La Salle y actualmente por la Carrera de Derecho de la Universidad de San Andrés; en 1555 se construyó otro hospital en la ciudad de La Paz por los españoles, que se denominaría “*San Lázaro Bienaventurado*”, muchos años después “*Landaeta*”, estaba situado más o menos en la actual Avenida Camacho y casas adyacentes, en ambos costados entre las calles Loayza y Bueno.

En Chuquisaca, en 1559, por decisión del Cabildo obedeciendo a la presión del vecindario de la Plata (después Charcas, hoy Sucre), se encargó a los canónigos Miguel Serra y Juan Ramos, la construcción en los cuatro solares, contiguo a la Iglesia de Santa Bárbara (originalmente Hermita de Santa Bárbara) del Hospital Real de Santa Bárbara. A partir del año 1563 empezó a funcionar a cargo del Mayor-domo el Presbítero Bachiller, Hernán Gutiérrez de Palacios, responsable ante el Cabildo; en 1891 Fray Mariano Alarcón, Prior y Hermano Mayor del Hospital, presentó el primer Reglamento de Hospitales, para ser nombrado en el cargo. En 1620 se fundó el Hospital de *San Rafael* por el Arzobispo de La Plata y la Gobernación, en el pueblo de Quila-Quila, importante desde el incario y la Colonia por sus aguas termales, próximo a la ciudad de Sucre.

En Potosí el año 1555 se fundó el *Hospital Real de Naturales*, de Mitayos, de la Santa Cruz, de Betlehemitas o de Belén. Son los nombres que corresponden a la misma institución y que sufrieron dichas variaciones en diferentes épocas de su existencia²¹. El *Hospital San Juan de Dios* de españoles, fundado en 1610, por el

²¹ Jorge Garret Ayllón. Contribución al Estudio de los Hospitales Coloniales de Bolivia. Santa Cruz. 1998

Hermano Francisco Romero, aún cuando no se hallaba dotado por el Rey, funcionó en su primitivo local hasta 1936, año en que se trasladó al nuevo Hospital Daniel Bracamonte. Diego de Mendoza, en el periodo del auge de la Colonia, informó que en 1609 sobrevino una vigorosa peste de indios en aquella Villa (Potosí), a la que los médicos llamaron Mal de Brasil, que había terminado con la vida de gran cantidad de naturales, por cuyo motivo se establecieron en Potosí, 14 hospitales para las 14 parroquias, en los cuales se curaban diariamente de 2 a 3 mil indios, habiéndose conjurado la epidemia²².

En 1700 llegaron a la Villa Imperial a cargo del reverendo Padre Fray Rodrigo de la Cruz, los Betlehemistas, con doce religiosos que se instalaron en el hospital. Esta orden tenía la especialidad de organizar hospitales y atender enfermos. Cada convento era un hospital o viceversa. Se constituyeron en el Centro Director de los Servicios Hospitalarios del Alto Perú y el Virreinato de Buenos Aires, impartían órdenes y autorización para la fundación de Hospitales. En 1761 uno de ellos fue llamado para fundar el Hospital de Córdoba. Esta función reguladora y normativa, de habilitación, acreditación y categorización, de hace tres siglos fue olvidada hasta hace muy poco en que se pone en vigencia, con grandes dificultades la Acreditación de Hospitales.

En Cochabamba en 1582 fue fundado el Hospital de “*San Salvador*”, ocho años después de la fundación de la ciudad por Don Martín Hernández de Zamora, benefactor, a la altura de la antigua calle “*San Juan de Dios*”, hoy Esteban Arce, que por su desnivel fue el antiguo cauce del río. En Mizque, ciudad veraniega y de descanso, llamada de los “*quinientos girasoles*”, residencia preferida de obispos, terratenientes acaudalados y aristocráticas familias, en 1608 el capitán Don Juan de Montenegro fundó el Hospital con el nombre de Santa Bárbara que se cambió de nombre con el de San Juan de Dios que se conservó hasta 1930, en el que tomó el nombre de Adolfo Flores Suárez, médico cruceño, Ministro de Gobierno y Director General de Sanidad, en homenaje a su preocupación del saneamiento de Mizque asolado por el paludismo. Ahora lleva el Hospital de Mizque el nombre de un ilustre profesional de la localidad. En 1808 al fallecer Don Francisco de Viedma y Narváez, en Cochabamba dejó sus casas y quintas de la Villa y su finca de “*Chullpas*” de Cliza para el Hospital que ahora lleva su nombre en su homenaje.

En Santa Cruz de la Sierra, en la ciudad de San Lorenzo Real de la Frontera, cabecera de la gobernación, se fundó en 1630 un hospital de precaria existencia, más un centro de beneficencia que un verdadero centro sanitario. En 1816 se fundó el pri-

²² Citado por Valentín Abecia. Algunos Datos sobre la Medicina y su Ejercicio en Bolivia. Folleto Crónica Aguda.

mer Hospital Militar en Santa Cruz después de la sangrienta Batalla de Pari que perdieron las fuerzas patriotas y en la que Ignacio Warnes, murió gloriosamente. Estuvo en funciones hasta 1832, ocupó las calles de Florida y Arenales. En Tarija en 1632 se fundaba el Hospital Juan de Dios por iniciativa del filántropo Don Pedro Fernández de Tordoya.

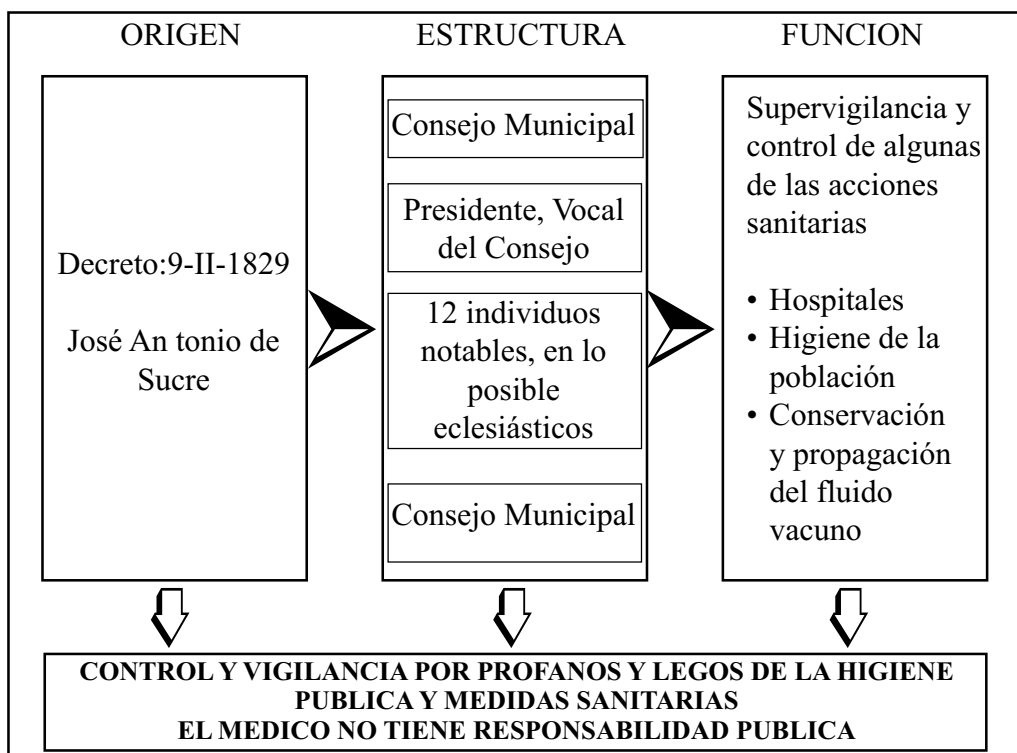
Los hospitales que estaban prestando servicios durante la Colonia y que habían sido visitados por el año 1638 por Fray Antonio de la Calancha, según sus observaciones al parecer dejaron de ser el depósito de enfermos para cuidarlos y ejercitar la caridad cristiana para el bien morir como originalmente fueran concebidos. Al decir que “*en los hospitales **curaban** sus enfermos, con **regalo**, porque a los indios con poco les sobra y sus medicinas de yerbas simples son de mejor salud para ellos que nuestras drogas de botica*”, ya expresaban la idea de centros de tratamiento y cuidado de enfermos en que poco a poco se fueron transformando. Para Michel Foucault, no se trató, en el proceso de transformación de los hospitales en Europa, de medicalizar el hospital, sino de purificarlo de los efectos nocivos que ocasionaban dos situaciones las más frecuentes; primero, que las enfermedades podían propagarse a la ciudad que dio origen a la concepción de las salas de aislados y segundo al desorden, financiero, social y organizativo que era como perpetuo. La introducción de mecanismos reguladores disciplinarios en el espacio confuso del hospital, que iba a ver después con las disposiciones para la elaboración del reglamento, permitió su desarrollo como medio terapéutico²³.

LAS JUNTAS DE SANIDAD

Las primeras disposiciones surgidas por Sucre y Bolívar fueron dedicadas a la protección de la gente pobre con el espíritu de beneficencia que los animaba, así por el Decreto del 11 de diciembre de 1825 fueron creadas las **Juntas Inspectoras de Beneficencia**, con el objeto de recaudar fondos para el sostenimiento de las instituciones de ese nombre. El principal ingreso consistió en un gravamen de la propiedad, como la aplicación de este decreto según Juan Manuel Balcázar²⁴, motivó también “*una serie de vejámenes*” y fue pretexto para mantener abusos y no se habían podido reunir los fondos suficientes para los servicios que iba prestar, posteriormente el decreto se derogó en 1836.

²³ Michel Foucault. Historia de la Medicalización-Educación Médica y Salud. Vol 11.Nº 1.OPS/OMS – Washington DC – 1977.

²⁴ Juan Manuel Balcázar. Historia de la Medicina en Bolivia. Asistencia y Previsión Social. La Paz. 1956



En el Reglamento General de Hospitales, el 9 de febrero de 1826 se crean las **Juntas de Sanidad**, de la que si bien es de conocimiento de los historiadores de la medicina en Bolivia, no la consideran como una organización, que si se la analiza en sus alcances, tiene personería jurídica y funciones aún cuando no específicamente un carácter técnico y persiste como organización hasta el advenimiento del Protomedicato. Valentín Abecia en “Algunos Datos sobre la Medicina y su Ejecución en Bolivia”, hace una referencia a las Juntas de Sanidad al decir: “*En esta génesis de las Juntas de Sanidad jugaban papel principal, se entiende el Prefecto y siempre fueron compuestas de individuos casi en su totalidad profanos a las ciencias médicas. Entonces las medidas sanitarias y de higiene pública no pudieron ser el fruto de convicciones científicas, hasta que hoy los Tribunales Médicos al fin compuestos por profesionales, son los asesores de los Consejos Municipales*”. Ezequiel L. Osorio en “la Historia de la Sanidad en Bolivia”²⁵ al ocuparse de los Tribunales Médicos, anota “*antes de pasar adelante y aunque el recuerdo que vamos a hacer no revista importancia médica, es preciso anotar que el 9 de febrero de 1826 un reglamento dictado por el Gobierno estableció Juntas de Sanidad Pública, encargados de atender los hospitales, la salubridad y la conservación y propaga-*

²⁵ Ezequiel L. Osorio. Servicio Nacional de Salud. Revista del Instituto Médico Sucre 24 – 63 (enero-febrero) 928 reproducido en parte por el Boletín de la OPS/OMS. 1928.

ción de la vacuna. Estas Juntas eran de carácter religioso y formado por eclesiásticos. No dieron ningún resultado. A pesar de todo fueron restablecidas en 1840 (Ley del 5 de noviembre) quedando las municipalidades encargadas de su formación bajo la presidencia de un miembro del consejo. Juan Manuel Balcázar al ocuparse en su libro de la organización sanitaria, también da fe de su existencia al decir: “hasta 1906 las organizaciones directores de la sanidad fueron los Tribunales Médicos, que sucedieron a los Protomedicatos y Juntas de Sanidad”.

Las Juntas de Sanidad se establecieron en las capitales de departamento “*nombrada por el Prefecto compuesta de doce sujetos, si es posible eclesiásticos los más caracterizados y celosos por la humanidad doliente y sino hubiese eclesiásticos con esas cualidades se completará con seculares que los tengan*”. El presidente de estas Juntas era un vocal del Consejo Municipal, estaban encargados de la supervigilancia y el control de las acciones sanitarias, así como atender los servicios hospitalarios, precautelar la higiene pública y conservar y propagar el fluido vacuna. Su ámbito de acción se limitaba a las capitales de los departamentos, siéndoles desconocidas la situación sanitaria del resto de la dilatada extensión del territorio.

Esta primera organización se caracterizaba por el control y la vigilancia que se daba al poder eclesiástico y político sobre las incipientes acciones sanitarias y la higiene pública, centralizada en las capitales y a cargo de legos y profanos de las ciencias médicas²⁶. Para Rolando Costa Arduz “*se desconocía al médico en la estructuración social de la salud y no se le asignaba una representación pública, lo que explica la confusión en las normas relativas a la vacunación que unas veces dependía de la intendencia y otras de las parroquias. La propagación de la vacuna constituye casi la única preocupación de los gobiernos de la época lo que demuestra la precaria condición del aparato sanitario*”²⁷.

Las ordenanzas relacionadas con la salud del pueblo, emitidas en decretos y otras disposiciones legales por el Libertador Simón Bolívar y el Mariscal Antonio José de Sucre, estaban dirigidas a lograr “*aquellas condiciones de salubridad de los bolivianos*” a las que indirectamente se refería la Constitución.

Bolívar en uno de los considerandos del decreto del 11 de diciembre de 1825, cuando decía: “*que la salud de una república depende de la moral que por la educación adquieren los ciudadanos desde la infancia*”, en su pensamiento liberal de ver a la persona jurídica (la república) como la unidad de las personas naturales (los ciudadanos) señalaba que la salud es un fin que se consigue, sobre todo con la educación.

²⁶ Gregorio Mendizábal Lozano. De las Juntas de Sanidad a los Directorios Locales de Salud. Archivos Bolivianos de la Historia de la Medicina. Vº 3, Nº 2. 1997.

²⁷ Rolando Costa Arduz. Antecedentes y Desarrollo de la Legislación Sanitaria en Bolivia. OPS/OMS. La Paz 1992.

Antonio José de Sucre con su nobleza y llevado por su filantropía había recomendado aún antes que se fundara la República, la necesidad de instalar organizaciones de beneficencia sobre todo para la protección de la gente pobre.

En la concreción de estos grandes propósitos las disposiciones referidas a la salubridad permitieron la realización de las primeras acciones colectivas entre gobernados y gobernantes en los asuntos relacionados con el tamaño de la población, la prevención de las enfermedades, la educación médica, la reglamentación de los hospitales y la organización de instituciones encargadas de la conducción de las nacientes acciones sanitarias que garanticen la salud del pueblo, que para la época se consideraban de la mayor utilidad y beneficio.

EL CENSO RÁPIDO

Ya en la época colonial se realizaron censos para conocer el número de habitantes, de lo que constituirá después la nueva República de Bolivia. Datos de Bartolomé de las Casas señalaban que en el año 1492, la población del Alto Perú llegó a 800.000 habitantes. En el año 1596 los Arzobispados de la Plata, La Paz y Santa Cruz, bajo la administración del Virrey Francisco Gil de Taboada registraron para el Alto Perú una población de 552.700 habitantes (estos son los antecedentes nacionales más remotos relacionados con la información estadística y que citan al investigador Rosemblet, proporcionado por el Instituto Nacional de estadística (Censo del año 2002)

Al instalarse el gobierno de la naciente república se ordenó el levantamiento de un censo rápido que dio como resultado 999.427 habitantes²⁸, ya hemos visto que el Cónsul inglés Joseph B. Pentland, por su parte había informado en 1926 sobre 1.110.000 a 1.200.000 habitantes. Frente a discrepancias existentes se dispuso el 24 de octubre de 1827 “*que debiendo saber el gobierno cuantas personas nacen, cuantas mueren en la República desde enero de 1826, todos los curas deben remitir una relación individual de los niños que nacen, expresando los sexos y otra relación de los que habían recibido sepultura especificando si son párvulos, adultos o ancianos*”. La disposición del gobierno encomendó a cada provincia hacer los resúmenes y enviar a los Prefectos el número de nacidos vivos y muertos, a su vez los Prefectos debían remitir cada tres meses al Ministerio del Interior el resumen del departamento. Al respecto se dictó un reglamento el 10 de diciembre de 1929 dando atribuciones de formar el censo y la estadística del departamento, en la misma forma debían proceder las provincias en un plazo igual de seis meses. Se recomendaba que los datos sean levantados con “*mucha prudencia y la mayor exactitud posible*”.

²⁸ Juan Manuel Balcázar. Historia de la Medicina en Bolivia. Demografía. Capítulo III. La Paz. 1956

Cada Corregidor debía tener “*una matrícula de los habitantes de su cantón con expresión individual de nombres, sexo, edad, estado civil y oficio; una copia de estos registros debían remitirse al Gobernador de la provincia, aparte de una relación de nacidos y muertos*”.

En este ejercicio se tuvo que establecer relación con las parroquias, puesto que los curas en la Colonia eran los encargados del registro de los nacimientos y defunciones y autorizaciones de entierros en las jurisdicciones de sus parroquias. La práctica de estas recomendaciones con el cumplimiento de todos los procedimientos iban a ser de enorme utilidad en el año 1831 donde se hiciera el primer censo más completo.

Una de las primeras medidas que se plantean para la prevención de enfermedad y el ejercicio de la higiene pública, está contenida en el Decreto del 25 de enero de 1826, suscrito por el Mariscal Sucre que prohíbe la inhumación de cadáveres en las iglesias y ordena el establecimiento de cementerios, “*el Decreto considera que la insalubridad de los pueblos depende en gran parte de la falta de limpieza y policía(de Polizí en su acepción de represión contra los que no cumplen las reglas de higiene) y que “la experiencia ha demostrado que nada corrompe tanto la atmósfera de los pueblos como el enterramiento de cadáveres en ellos, particularmente en las iglesias, donde la reunión de los fieles hace que el aire por falta de ventilación se cargue de mismas*”. El decreto daba también una instrucción: “*los cementerios se formarán a doscientas varas, cuando menos, distantes de las últimas casas de la población y en las paredes más ventiladas*²⁹”.

Otros dispositivos fijaban ya atribuciones a las autoridades políticas, señalando para los Prefectos la obligación de velar sobre la propagación del fluido vacuna, sobre su **sanidad**, provisión de remedios para atajar enfermedades que se descubran; atención sobre los cursos de agua, disponer de abundancia de víveres y de buena calidad y todo “*cuanto conduce a la salubridad, convivencia y buen servicio de los pueblos*”. Los Corregidores “*debían también en sus cantones cuidar de la salubridad y remover los obstáculos que puedan alertar las de ser habitantes y sus ganados*”. Estas acciones preventivas, juntas con otras de control fueron las que dieron lugar a la organización de las **Juntas de Sanidad**, primera estructura orgánica funcional oficial.

Pero la medida preventiva más importante de este periodo fue la conservación y propagación del fluido vacuno contra la viruela.

²⁹ Juan Manuel Balcázar. Historia de la Medicina en Bolivia. Higiene en la República. 1956

LA PREVENCIÓN CONTRA LA VIRUELA

En la “*Guía de la Provincia de Potosí*” escrita por Vicente Cañete y Domínguez (1787), se reconocía que entre todos los males que destruían al indio el más peligroso era el de la viruela. En 1520 había acabado con la mitad de la población de la Nueva España, por lo tanto “*había que experimentar un preservativo contra el contagio*”. Esto se decía años antes que Jenner había descubierto la vacuna (1785).³⁰ Los beneficios de la vacuna antivariolosa fueron desconocidos en Charcas hasta principios del siglo XIX. La inoculación se hacía con las pústulas de viruela experimentándose muchas veces sus estragos en vez de sus beneficios; según Valentín Abecia ³¹ las epidemias no eran anuales, como se había observado en Europa, sino que se presentaban después de varios años ocasionando mucha mortandad en los españoles, indios y negros. Su Majestad Carlos V teniendo conocimiento de los daños que causaba la viruela en sus dominios de las Américas, resolvió a pesar de las penurias por las que pasaban las finanzas, enviar la “*Reu Expedición Filantrópica de la Vacuna*” que salió de la Coruña el 1º de diciembre de 1803, bajo la dirección de los profesores nombrados Dr. Francisco Xavier Balmes y Don José Salaberry, marchando el primero a México y Salaberry a la América Meridional. Veintidós niños gallegos encargados de mantener en su brazo el milagroso fluido integraban el grupo expedicionario. Fue singular el éxito que tuvo esta expedición en su campaña de valoración brazo a brazo.

El Mariscal Sucre informado que en la ciudad de Arequipa estaba el único lugar en todo el Perú que poseía el fluido vacuno, cultivado y conservado, se dirigió al Prefecto de ese departamento solicitándole el envío de la vacuna. Ante dicha solicitud el Prefecto Gutiérrez de la Fuente envió una carta el 12 de agosto de 1825 al Dr. Juan Manuel Vargas, encargado de la vacuna informándole que “*el Mariscal de Ayacucho, General en Jefe Antonio José de Sucre, me pide con la mayor exigencia y el interés consiguiente a sus deseos, el fluido vacuna que tanta falta hacen a los pueblos del interior del Perú y la que causa los males más horribles de la viruela*”, y le solicitaba que “*con la seguridad de que uniformando sus sentimientos a los míos me ha de remitir la cantidad que estime necesaria de dicho fluido para pasarla mañana mismo a S.E.*”. El Dr. Juan Manuel Vargas contestó inmediatamente al Prefecto, en cuya carta le decía:...” En *el acto de recibir el oficio de V.S. contesto con cuatro cristales y algunas costras que si caen en manos de un profesor experto podría socorrer cualesquiera población, por mucho que sea y de este modo quedará satisfecha la muy laudable filantropía del Exmo. Sr. General Gran Mariscal de Ayacucho, que no contento solo con dar la libertad a aquellos pueblos, trata de conservar la*

³⁰ Enrique Aquino E. Como se curaba la Viruela en 1787, Crónica Aguda. Año 5. N° 15.

³¹ Valentín Abecia. Algunos datos sobre Medicina y su Ejercicio en Bolivia. 1903.

vida de tantos individuos que otro día serán útiles a la sociedad.”. El mismo día el Prefecto se dirigió al Mariscal remitiendo por correo el fluido en la cantidad que había determinado el Dr. Vargas, con la copia de su carta y sus instrucciones³².

El 27 de agosto de 1825 el Mariscal, propagó una circular a los Presidentes de los Departamentos de Chuquisaca, Potosí, Cochabamba y Santa Cruz en el siguiente texto: “*Acompaño a V.S. bien acondicionado y por mano de su facultativo disponga a V.S. su inoculación y propagación tanto en esa ciudad, con todos los demás lugares del departamento, cuidando V.S. de su conservación por todos los medios posibles a fin de que no falte nunca. Todos los individuos de tropa a quienes no haya dado viruela o no estén vacunados hará V.S. vacunación inmediata*”. La orden también recomendaba que “*se estimulase a los curas para que en sus parroquias se vacune cada tres meses y en igual periodo den parte los Prefectos al gobierno de las mejoras de esta medida*”. Todo hace pensar que se buscaban mecanismos y estructuras que se concretarán en los organismos ejecutores y de control de las acciones sanitarias que se venían dando cada vez con mayores complejidades.

Con la llegada del fluido vacuno nacía también la función de prevención de la enfermedad. A los pocos días de proclamarse la independencia se hacía realidad la esperanza de contar con los medios adecuados para evitar la propagación de una de las peores plagas, que hasta entonces había venido diezmando a los ya de por sí escasos habitantes que, con la educación sobre todos los otros proyectos debían transformarse en ciudadanos de la nueva nación. La prevención de la enfermedad no era pues un asunto meramente biológico sino político y social.

LA ENSEÑANZA MÉDICA

Desde que la Universidad de San Francisco Xavier solicitara contar con una cátedra de Medicina y otra de Cirugía ante la Célula Real; petición presentada por el Diputado de Charcas, Dr. Mariano Rodríguez Olmedo en el Congreso de Cádiz, que le fue negada en 1770, habían pasado 56 años hasta que el año 1826, primer año de la República el Dr. Miguel Antonio Luna “*abrió la primera clase de medicina en Chuquisaca*” según Valentín Abecia.

Con el ejército del Libertador llegó su cirujano mayor el Dr. Miguel Antonio de Luna, natural de Cádiz y que fuera declarado “*médico honorario de la Asamblea Deliberante*”. Llegaron también el Dr. Matías Agois, limeño que por segunda vez intentó la enseñanza médica en Sucre y el Dr. Carlos Augusto Torrally, francés, quien haría una total reestructuración del Hospital de Santa Bárbara apoyado por el

³² Alfredo Calvo Vera. La Viruela Enfermedad Histórica. Revista Salud Pública Boliviana N° 52 – 1993.

pueblo e instaló el Protomedicato en Lima en 1888 y Don Simón Rodríguez, maestro y amigo del Libertador que retornaba de Europa y fue designado en 1825 Director de Educación.

De los trabajos de investigación que han realizado sobre la Enseñanza Médica, en los últimos años los historiadores médicos, Dr. Alfredo Calvo Vera³³, Edgar Garret³⁴ y Oscar Díaz Ugarte³⁵, hemos tomado los siguientes datos que presentamos ordenados cronológicamente.

Al nacer la República, tanto el Libertador Bolívar como el Mariscal Sucre dictaron seis decretos con los que se crearon los Colegios de Ciencias y Artes en las Capitales de los Departamentos con los que se constituyó la nueva República: Chuquisaca, Potosí, Oruro, La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. De los seis decretos dos fueron dictados por el Libertador y cuatro por el Mariscal Sucre, dándose así el respaldo legal al inicio de los estudios de medicina.

El Mariscal Sucre a la llegada al país de Don Simón Rodríguez, le encomendó el ordenamiento de la Instrucción Pública, poniendo especial atención en la reorganización del Colegio San Cristóbal, quien al crear los estudios de Medicina *“de acuerdo con el prior de él, propuso como catedrático de medicina con la dotación de quinientos pesos, ya asegurados por S.E. el Libertador, al Dr. Miguel Antonio de Luna, Médico y Cirujano del Hospital Chuquisaca”*.

El 3 de mayo de 1826 el Colegio San Juan Bautista cambió de denominación con el de Colegio Junín, con la categoría de Centro de Ciencias y Artes. El Dr. Lima dictó sus clases de medicina en el Colegio Junín, rindiendo sus alumnos su primer examen el 15 de mayo de 1827, como informó el periódico *“El Cóndor de Bolivia”* en su N° 68 editado en Sucre el 22 de mayo de ese año: *“más de sesenta jóvenes reciben ya una instrucción exacta y metódica en las cátedras de gramática, castellano y latín, de idioma francés, de retórica, de filosofía, de medicina y de leyes, cuyos profesores les sirven con exactitud. El profesor de medicina Dr. Miguel Antonio de Luna presentó sus discípulos el 15 del corriente a exámenes de miología, que es el segundo de anatomía técnica y práctica.*

El periódico *“El Cóndor de Bolivia”* por considerarlo de gran interés e importancia publicó en su integridad el discurso de inauguración del acto pronunciado por el Dr. Miguel Antonio de Luna del que transcribimos el párrafo, en el que se refiere a la

³³ Alfredo Calvo Vera. La Enseñanza de la Medicina en Chuquisaca al fundarse la República. Revista Archivos Bolivianos de Historia de la Medicina. Vol I N° 1. Enero-Junio. 1995.

³⁴ Edgar Garret A. Apuntes para la Facultad de Medicina de Sucre. Id.

³⁵ Oscar Díaz. Creación del Colegio de Ciencias y Artes en la República de Bolivia. Id. Vol 5- 1999.

salud del pueblo y las cualidades que debe poseer el médico, que indudablemente viene a ser el primer pensamiento al respecto en Bolivia: *“sentado el principio de que la felicidad de un Estado consiste en la multitud, es preciso confesar que el SALUS POPULI, proporcionado por los profesores es lo que puede aumentar y contribuir a la multiplicación de sus individuos. Mas cuales sean estos es lo que resta decir para el conocimiento de los que hayan de valer de mis discípulos en adelante y por ellos mismos: el que profese esta ciencia deberá tener verdadera vocación, haber recibido de la naturaleza un sentimiento exquisito, un juicio sano, un carácter mezclado de dulzura y firmeza, gusto al trabajo e inclinación a las cosas honestas”*. El año 1827, siendo al parecer, si no el único médico en Sucre, pero el único profesor de Medicina, el Dr. Miguel A. de Luna, se aprueba la Ley del 9 de enero en la que se basa la enseñanza de la Medicina en Bolivia.

En cuanto a la enseñanza de la Higiene, materia de las ciencias médicas más aproximada a la salubridad, estaba incluida en la segunda parte correspondiente también a la Fisiología, de las ocho partes que correspondían al curso; las otras partes lo constituían la Anatomía General y Particular; la Patología y Anatomía Patológica; Terapéutica y Materia Médica, Medicina Legal y Pública, Materia Farmacéutica y Farmacia Experimental; en el primer curso se dictaba también Historia de la Medicina. El objetivo de esta segunda parte de Fisiología e Higiene era *“estudiar la salud y el buen desarrollo de todas las partes del cuerpo, lo que se conseguiría, primero con el uso de alimentos nobles condimentados con sencillez, con el aseo en el vestir, especialmente en la ropa interior y en la cama y con la respiración del aire puro y libre y seguido con la equitación, la esgrima, el juego moderado de pelota, de billar y otros ejercicios corporales”*. El reglamento contemplaba un Ministro para la enseñanza, el que debía instruir de acuerdo a la Higiene de Tourteller y cuidar de que en la mesa, el catedrático de Botánica y el de Medicina, expliquen oportunamente y brevemente la naturaleza de los alimentos, contrayéndose a su necesidad e insalubridad³⁶. El curso duraba 7 años y se daban 14 exámenes, uno cada seis meses y el 10º examen correspondía a la Higiene, cuyo texto oficial era de Tourteller y el de Botánica el texto *“De las plantas medicinales”* por Condolle.

EL REGLAMENTO DE HOSPITALES

Los decretos emitidos por Bolívar y Sucre trataban de dar soluciones al estado lamentable en que se encontraban los hospitales, debido a la falta de una buena administración y la deficiente economía.

El Decreto firmado el 9 de febrero de 1826 por Sucre, puso en vigencia el Primer Reglamento de Hospitales en Bolivia, y en él estaban contenidas las disposiciones

³⁶ Gregorio Mendizábal Lozano. Los *“Higienistas”* en la Historia de la Medicina en Bolivia: Archivos Bolivianos de Historia de la Medicina. Volumen I, N° 2 – 1995.

normativas de la administración de hospitales, referidas al objeto, su disponibilidad, la admisión, la infraestructura física, el personal, las funciones, sueldos y cobros y el gobierno, que fisonomiza el tipo de hospital con que se contaba al iniciarse la República.

En su declaración del objeto implícitamente se refiere al deber de la nación de la atención de los enfermos cuando dice: *“que el arreglo de hospitales y curación de enfermos es uno de los objetos más sagrados de la nación”*.

La disponibilidad de camas debe estar en relación a la población al decir que *deberán aumentarse las camas según la población y enfermos que se gradúe, puede haber”*.

La admisión se señala bajo las siguientes condiciones: *“se recibirán en los hospitales todos los enfermos que vengan a ellos, sean sus enfermedades de medicina o cirugía o incurables, depositándose cada uno en sus respectiva sala y cama, más no se admitirán bajo ningún pretexto a los que se refugian por ociosos o a aquellos que sus familias manden por viejos y en donde no cabe curación”*.

La estructura física se señalaba que, *“contaría en todo caso con una sala, patio y sitio de guardia cuando haya tropa”*. Se detalla el equipamiento de la cama y la ropa para los enfermos.

El personal con que debía contar el hospital era *“el médico, el cirujano, el boticario, el cocinero y por cada doce camas un sirviente y un miembro de la Junta asignado cada mes que asistirá diariamente”*.

Se determinan las funciones del personal, en los siguientes términos: *“el facultativo pasará su visita en verano a las seis y en invierno a las seis y media de la mañana, por la tarde a la hora que crea acomodada o a cualquiera que la necesidad lo exija, o sea llamado por causa de entrada de algún herido o urgencia de socorro propio; el boticario con botica, provisto de todo lo necesario de simples y compuestos, asistirá a las visitas que hace el médico para ver lo que receta; el cocinero ha de tener la comida sazónada y bien cocida y a las horas que se le ordene, para servirla con la mayor limpieza, tendrá caldo siempre pronto para cualquier hora en que entre un enfermo desfallecido o necesitado.... El sirviente tendrá el aparador provisto de bálsamos y unguentos, limpios los instrumentos y los hilos, planchuelas, cabezales y vendajes. Antes de la visita del médico, los sirvientes tendrán los vasos limpios zahumadas las salas, hechas las camas... por ningún motivo dará cama al enfermo entrante en que haya otro curándose, sin que antes se lave y*

desinfeccione.... tanto de día como de noche se conservará a alguna distancia de las camas un bracero con lumbre en cada enfermería, para los usos que ocurran”

Sueldos y cobros, al respecto “*el médico y cirujano gozarán de sueldos que hasta aquí y en consideración al número de enfermos, pero a condición de asistir a la tropa que acuda al hospital”*.”

El Gobierno del Hospital estaba dado a “*los Prefectos quienes debían nombrar cada año una Junta que debía reunirse cada dos meses por lo menos, para disponer lo que convenga mejor no sólo al hospital, sino a la salubridad, como también a la propagación y conservación del fluido vacuna”*. Para su tiempo dice Juan Manuel Balcázar era un buen Reglamento³⁷.

El decreto suscrito por el Libertador Bolívar (18-XII-1828) destinó a los hospitales porque no tenían suficientes gastos para cubrir sus necesidades “*dos novenos y medio de la masa de diezmos; que ellos sean pagados preferentemente de primera deducción en el repartimiento de la masa decimal”*. Añadía que “*los hospitales debían regirse por medio de una reglamentación y a cargo del administrador económico caucionado responsable y sujeto a la supervigilancia de un Director General de Hospitales que se creara...”*”

Esta disposición dio origen a que en Potosí que tenía dos hospitales, el San Juan de Dios y el Belén situado en la Plaza Mayor, ubicación que no era adecuada según el criterio de las autoridades, tuviera que trasladarse a la Casa Parroquial de San Roque. Se destinó el local al Colegio de Ciencias y Artes y se ordenó que el Hospital Belén, de la Parroquia de San Roque sería de Mujeres y el de San Juan de Dios de varones exclusivamente. En Cochabamba aparte del Hospital de El Salvador existía un edificio destinado al Hospital Militar, posiblemente el primero de su género en el país, en una casa de campo en las afueras de la ciudad que después fue canjeado con el Convento de San Roque donde funcionaba la Escuela de Huérfanos.

PREVISIÓN Y ASISTENTE SOCIAL: ATENCIÓN AL ANCIANO Y DESVALIDO, PROTECCIÓN DEL NIÑO Y DE LA MUJER.

Desde las primeras disposiciones gubernamentales suscritas por los libertadores, se advierte un espíritu benefactor y de protección, al comprender el grado de pobreza de la mayoría de la población de la nueva república, casi en su totalidad indígena, orientando sus acciones a la atención de los ancianos y a la protección del niño y de

³⁷ Juan Manuel Balcázar. Historia de la Medicina en Bolivia. Capítulo III. Hospitales. La Paz. 1956

la mujer. Así por Decreto del 11 de XII-1825 fueron creadas las Juntas Inspectoras de Beneficencia, que tenía por objeto recaudar fondos para el sostenimiento de las instituciones de este nombre.

Por el Decreto Supremo del 5 de II de 1826 se creaba el Hospicio de Pobres, fundamentando que es deber del estado *“recoger en hospicios a los mendigos de la república, sosteniendo a aquellos que sean imposibilitados a procurar su subsistencia y proporcionando a los que puedan trabajar un modo de alimentarse”*. La ciudad de Cochabamba por su clima, su situación céntrica y porque tenía abundantes medios de subsistencia, fue escogida para servir de albergue a los mendigos de toda la república; se escogió el Convento de la Recoleta para la instalación del hospicio. Como este resultara pronto insuficiente, el 7 de marzo del mismo año se decretó la fundación de otro establecimiento, igual al anterior en la ciudad de Potosí, con los mismos reglamentos, el local elegido para el nuevo hospicio, fue la *“Casa de Copacabana”* posteriormente convertida en el *“Hogar Copacabana”*. El Hospicio de Pobres de la ciudad de La Paz se creó por Decreto del 30 de abril de 1926 con el fundamento de que *“las razones que movieron al gobierno a erigir hospicios de pobres, en los departamentos de Cochabamba y Potosí demandan igual establecimiento en el de La Paz”*. Finalmente el 6 de mayo del mismo año se creó el Hospicio de Pobres en Chuquisaca, instruyéndose el cumplimiento de mismos requisitos que los anteriores. El Gobierno de Andrés de Santa Cruz, poco después clausuró los hospicios de indigentes o mendigos, a pesar de haberse demostrado su utilidad y su buena organización porque según el Decreto (27-II-1830) *“consumen rentas crecidas, sin haberse obtenido los objetivos de su establecimiento... siendo más importante proveer a la educación de la juventud desamparada”*, los asilos de mendigos, así fueron reemplazados con las Escuelas de Huérfanos, aún cuando no en su totalidad.

La protección del niño fue preocupación permanente de las autoridades e instituciones de beneficencia y de la caridad pública, principalmente de aquellos niños que habían quedado huérfanos a consecuencia de la larga Guerra de la Independencia. Convencido de esta trágica situación, el Libertador Bolívar dictó el Decreto Supremo del 11 del XII de 1828 en cuyos fundamentos expresa que *“una gran parte de los males que adolece la sociedad proviene del abandono en que se crían muchos individuos por haber perdido en la infancia el apoyo de sus padres.... y que el gobierno debe adoptar a los huérfanos”*. El gobierno se había propuesto recoger a los niños varones huérfanos y a reunirlos en las escuelas, dándose preferencia a los más pobres y luego que se hubiesen organizado las escuelas de varones se procedería a organizar otras para las mujeres.

La primera Escuela de Huérfanos se fundó en Chuquisaca y su organización se encomendó al Presidente del Departamento (Prefecto) quien haciendo recoger a los

huérfanos de la ciudad y las inmediaciones, los debía entregar al Director General de Educación Pública, el maestro del Libertador Don Simón Rodríguez. Concluida la organización en Chuquisaca se procedió en igual manera en las capitales de Cochabamba, Potosí y La Paz. Para establecer las Escuelas de Huérfanos de Niños y Niñas tuvieron que tomarse determinadas decisiones, así en Potosí se tuvieron que suprimir los Conventos de San Agustín y Santo Domingo; para la Escuela de Huérfanos de La Paz se eligió el convento que fue de los Agustinos, para la de Chuquisaca el de San Agustín y para la de Cochabamba el Convento de Santo Domingo. Sin embargo y a pesar de todos los esfuerzos para generar fondos no se llegó a alcanzar unas instalaciones completas, con excepción de la de Cochabamba. Por esta razón el Mariscal Santa Cruz en el Decreto del 27 de II de 1830, como se ha visto, clausuraba los hospicios de mendigos, ratificando las instalaciones de Escuelas de Huérfanos.

Las mujeres fueron las que menor protección recibieron en los albores de la República. Con Juan Manuel Balcázar, apenas pueden citarse las disposiciones que favorecieron a ellas en los asilos para mendigos y las escuelas para huérfanas, y como una situación especial, se refiere a las instalaciones que hizo al Maestro del Libertador Don Simón Rodríguez, a su cargo y propia iniciativa, de dos casas de Corrección de Rameras, una en Chuquisaca y otra en Cochabamba, con parte de los fondos destinados al sostenimiento de las Escuelas de Huérfanos, *“conducta que fue censurada y reprochada por los conservadores adinerados y el clero y aún por el mismo Antonio José de Sucre”*.

En la parte 2 *“Leyes y tribunales para las Mujeres de la Nueva República”* correspondiente a la Introducción del Libro *“Las Mujeres en la Historia de Bolivia, imágenes y realidades del Siglo XIX”* (Antología. Estudio e Introducción por Beatriz Rosseles. 1989. La Paz) se encuentra una referencia importante en relación a la enfermera, que constituye la primera mención que se hace a la enfermera, así como su descripción de funciones y definición de su rol dentro del personal del hospital. Esta referencia lo constituye el informe solicitado a las autoridades del Hospital de San Salvador de Cochabamba por el Gobierno del Presidente Antonio José de Sucre en 1825. El informe detalla el funcionamiento catastrófico del Hospital Colonial, con 15 enfermos varones y 15 mujeres, un solo médico y un cirujano, estos perciben un sueldo de 500 pesos y 300 respectivamente. La enfermera esta citada conjuntamente con la cocinera, el pongo, el sacristán y el músico. Todos ellos considerados como **servientes**, tienen un sueldo de 6 reales.

En el Plan de Mejoras del Hospital enviado al Presidente Sucre se establece: *“ENFERMERAS, serán elegidas por el Administrador a propuesta del Enfermero Mayor; serán dos y sus obligaciones son: 1° Una de ellas se hará cargo de los cocimientos, lavadoras, emplastos y fomentos que ande darse a los enfermos. 2° La otra, quedará en la sala de mujeres cuando el orden de la dieta, de la salida de las enfermeras, aplicando las lavativas, ventosas y demás que ocurra; ambas coordinarán*

semanalmente en el desempeño de estas obligaciones, cada una tendrá la dotación de cuarenta y ocho pesos al año". (Calvo 1992).

En el Decreto del 9 de febrero de 1928 se reglamentó los hospitales. En relación a las enfermeras dice: *"En los hospitales donde se gradúe (sic) pasen de veinte las enfermeras, habrán dos enfermeras, una primera y otra segunda, que cuidarán a las de su secso. Son su obligaciones: el que la sala de mujeres esté bien servida y todo se haga con aseo. No faltará al cuidado de las enfermas, entregarán la ropa y la recibirán del ropero con cuenta para que en caso de extravío puedan responder. La enfermera o enfermeras correrán con disponer los cocimientos de simples y las ayudas o enemas. Todos los servicios estarán prontos a obedecer al médico en cuanto haga relación al cuidado y servicio de los enfermos"*.

El Reglamento tipificaba la misión de la enfermera definiendo su función del cuidado del enfermo principalmente y diferenciándola del resto del personal doméstico o de servicio.

Entre otras disposiciones para arbitrar los fondos destinados a la beneficencia y cuidar que sean utilizados estrictamente en el Reglamento de febrero de 1831, se eximía del pago de contribuciones al Tesoro Público a *"los que padecen de enfermedades habituales, ciegos, mancos o baldados impedidos de todo trabajo corporal"*.

Notable alcance en el área de la Previsión Social es la Ley del 22 de septiembre de 1831, que estableció por primera vez en la República la jubilación de los empleados. El artículo 1° decía *"Todos los empleados de la República que no hubiesen sido inhabilitados judicialmente, tienen derechos a ser jubilados conforme a esta Ley"*. El Artículo 6° añadía *"también son acreedores a la jubilación los empleados que por el ejercicio de sus funciones hubiesen cegado, ensordecido e inhabilitándose físicamente aún cuando no tengan de servicio el tiempo designado en el mismo artículo (3°)"*.

CAPITULO DOS



**LA FORMACION MEDICA, EL CONTROL PROFESIONAL
Y LAS ATRIBUCIONES DE LA HIGIENE PUBLICA
POR EL PROTOMEDICATO 1830-1897**

“La salud y la vida de los ciudadanos han llamado siempre e imperiosamente la atención de un gobierno ilustrado, ellos están confiados a los profesores de medicina, cirugía y farmacia, cuya instrucción y moralidad debe ser probada”

***Decreto del 6 de abril de 1830
ANDRES DE SANTA CRUZ***

“la higiene publica es el principal objeto en que deben ocuparse el protomedicato y sus tenencias, describiendo epidemias y enfermedades endémicas que predominan en el país”

***Decreto del 31 de octubre de 1833
ANDRES DE SANTA CRUZ***

LOS GOBIERNOS CONSTRUCTORES Y REFORMADORES Y LA GUERRA DEL PACIFICO

En casi setenta años de historia republicana que corresponden a los Protomedicatos, se han sucedido veinticinco periodos de gobierno con veinte presidentes, José Miguel de Velasco en cuatro periodos y José María Achá y Tomás Frías en dos periodos cada uno. El que más tiempo permaneció en el poder fue el Mariscal Andrés de Santa Cruz, diez años y el que menos tiempo transitó por el poder, el Coronel Pedro Blanco Soto, apenas cinco días. Antonio José de Sucre que hizo el gobierno más liberal y magnánimo que haya conocido la República nombró a José María Pérez de Urdininea (1928), Presidente del Consejo de Ministros y responsable del Poder Ejecutivo; en la Asamblea el Mariscal de Ayacucho presentó su renuncia y dejó su célebre mensaje escrito a la Nación. El Parlamento eligió como Presidente al general Andrés de Santa Cruz y Vicepresidente al General José Miguel de Velasco, quien tuvo que asumir el mando (1828) en ausencia de Santa Cruz, Sorpresivamente según una resolución del Congreso fue nombrado presidente el Coronel Pedro Blanco (1829), quien fue apresado y victimado en su prisión de la Recoleta a los cinco días de su nombramiento.

Ante el desconcierto que se produjo, la Asamblea volvió a encomendar al General Velasco la presidencia, quien disolvió el Congreso y declaró vigente la Resolución de 1928 llamando a Andrés de Santa Cruz para ocupar la Presidencia. El Mariscal Andrés de Santa Cruz ejerció la presidencia en el decenio de 1929 a 1939, donde se sentaron las bases jurídicas y administrativas del nuevo estado, alcanzando a ser Bolivia el primer país del continente con un cuerpo de leyes propias, hizo que el Congreso proclamara la Confederación Perú-Boliviana, que desde su inicio fue combatida por los países vecinos y finalmente derrotada en Yungay frente a un ejército chileno colaborado por Gamarra del Perú y Santa Cruz fue exiliado a Europa; el Gobierno de Santa Cruz ha sido considerado en todos los tiempos como el verdadero constructor de la nacionalidad y el más productivo y significativo. A la caída de Santa Cruz se constituyó un gobierno presidido por el General Velasco (1839) llamado de la “*Reestructuración*” que fue derrocado en Cochabamba (1841) estableciéndose el Régimen de la “*Regeneración*”. Sebastián Agreda y Mariano Enrique Calvo ocupan sucesivamente el gobierno en 1841. El General José Ballivián y Segurola (1841-1847) durante su gobierno, con el poder que le daban la Constitución de 1843 que fue calificado de “*ordenanza militar*” desplegó intensa actividad reformista en todos los órdenes, educativo, cultural, productivo e industrial, creó el Departamento del Beni, al triunfar en la Batalla de Ingavi, derrotando a Gamarra aseguró definitivamente la independencia de Bolivia.

Eusebio Guilarte Vera le sucedió a Ballivián, quien después de un gobierno de apenas de diez días, al no poder sofocar las revueltas tuvo que huir al Perú. El General José Miguel de Velasco, el año 1848 ocupó por cuarta y última vez el poder siendo derrotado por una sublevación a cargo de Manuel Isidoro Belzu, que gobernó de 1848 a 1855; Belzu gobernó a disgusto de la feudal burguesía y con el apoyo del artesanado y las clases bajas desposeídas que estaban dispuestas a ir hasta una guerra santa por su persona; a pesar de un atentado contra su vida y las cuarenta y dos revueltas subversivas que tuvo que resolver, no dejó el poder sino por voluntad propia en 1855, viajando a Europa, retornando al país en 1863 organiza una insurrección contra Melgarejo y es asesinado en el palacio.

El General Jorge Córdova, hijo político de Belzu fue elegido presidente por el Congreso en la llamada “transición legal”, su gobierno no duró sino dos años, fue calificado de muy ingenuo y benévolo, fue derrocado en 1857 en Oruro por un gran movimiento subversivo liderizado por el Dr. José María Linares, quien gobernó el país de 1857 a 1861. El Dr. Linares fue el primer presidente civil que tuvo la República, a los cinco meses de haber tomado el poder se declaró dictador, sometiendo todo a la fiscalización: la instrucción pública, los seminarios, el clero, las fuerzas armadas, todo fue objeto de reformas de modificación, de depuración y moralización; gastó toda su fortuna en su empeño y murió en la miseria en Valparaíso (Chile).

El General José María Achá (1861-1864) subió al poder después de haber perpetrado el “*Golpe de Estado*” (notificación a sus más íntimos allegados en el gobierno de que había cesado su mandato) al Dictador Linares. Su gobierno fue anárquico, indeciso, sin mayor provecho para el país por culpa propia y también por la hora y ambiente en que le correspondió vivir.

El General Mariano Melgarejo en Cochabamba (1864) donde entonces estaba el Gobierno sublevó al Regimiento de Rifleros, redujo al Presidente Achá a prisión, se impuso a las fuerzas leales y en lugar del nombre de Adolfo Ballivián que debía ser proclamado, el mismo se proclamó. Empezó así el régimen llamado del “*sexenio o el Melgarejismo*”, en el cual la embriaguez de sangre y de alcohol, fueron el estado normal de gobierno y durante el cual se consumaron los mayores desastres de que pueda dolerse la nacionalidad”³⁸.

El General Agustín Morales (1871-1872) fue el caudillo que derrotó en las calles de La Paz al tirano Melgarejo, fue nombrado presidente provisorio de la República, y constituyó su gabinete con personalidades de la talla de Tomás Frías, Lucas Mendoza de la Tapia, Narciso Campero y otros para tranquilizar a la opinión pública; tuvo que

³⁸ Humberto Vásquez Machicado. Manual de Historia de Bolivia. Editorial Gisbert. 1988.

luchar contra la pesada herencia del Melgarejismo que no cesaba de conspirar, fue asesinado en Palacio por su sobrino Federico La Faye. El Congreso reunido inmediatamente después, designó de acuerdo a la Constitución al Dr. Tomás Frías, Presidente del Consejo de Estado, recién nombrado como Presidente de la República (1872-1873) Don Adolfo Ballivián, hijo del vencedor de Ingavi, fue Presidente de la república, elegido por el Congreso en vista de que no habían obtenido mayoría absoluta los candidatos en las elecciones para el cargo. En la brevedad de su paso por el poder (1873-1874) demostró grandes condiciones de estadista y llamó a colaborar a personalidades de la época, como Mariano Baptista, Daniel Calvo y Rafael Bustillos entre otros, fue un verdadero exponente del civilismo constitucionalista, de honradez acrisolada y un gran respeto a las libertades públicas. Don Adolfo Ballivián a causa de una grave enfermedad (cáncer de estómago) se vio obligado a entregar el poder interinamente al llamado por ley, Don Tomás Frías, quien ocupó el gobierno por segunda vez de 1874 a 1876; llamado el “*Catón Boliviano*” por estar siempre al lado de las causas nobles y justas fue derrocado por la barbarie militar al mando de Hilarión Daza, retirándose a Europa donde ya anciano como se hallaba prestó servicios durante la Guerra del Pacífico como diplomático.

Hilarión Daza (1876-1879) inicia nuevamente el militarismo que había estado discretamente alejado durante los gobiernos de Adolfo Ballivián y Tomás Frías, gobernando con una política de violencias y persecuciones. En 1878 se presentó la más seria sequía que se recuerde en la historia boliviana determinando una situación general de hambre, la misma que no se podía auxiliar desde fuera debido a la falta de caminos y a la pobreza general de la nación. Desesperados los campesinos invadieron las ciudades en busca de alimentos convirtiéndose las calles en hospitales, pues la peste azoló también a la población y se recogían los cadáveres por centenares; el gobierno se vio incapaz de conjurar este desastre, se cerraron las escuelas y colegios y la administración se redujo al mínimo. En estas circunstancias de verdadera tragedia se produjo la Guerra del Pacífico, que se inició con la invasión de los chilenos a la ciudad de Antofagasta, continuó después de la defensa heroica de Eduardo Abaroa en Calama, la toma de Pisagua en poder de los chilenos, la retirada de Camarones hasta Arica por el General Daza causando la furia de la opinión pública en el Perú y Bolivia, la derrota de las fuerzas aliadas de Perú y Bolivia en San Francisco y la caída de Daza, a quien reemplazó el General Narciso Campero, proclamado Presidente de la república, reorganizando el ejército se puso a la cabeza de las tropas y trasladó a Tacna. Allí en el lugar que fue bautizado como el Alto de la Alianza, las tropas Perú-Bolivianas sufrieron la más sangrienta derrota de la guerra, el 26 de mayo de 1880. El ejército boliviano fue totalmente destrozado y muertos muchos jefes y Campero se retiró a Bolivia. Prácticamente la guerra del Pacífico para Bolivia terminó con el desastre del Alto de la Alianza. A Narciso Campero le sucedió en

el Gobierno Gregorio Pacheco (1884-1888), acaudalado industrial minero de espíritu filantrópico, gozó de gran popularidad, inauguró un gobierno con amplia amnistía y de fusión política y gobierno legalista, construyendo con el sueldo de presidente el Manicomio denominado Pacheco en Sucre, único establecimiento público de psiquiatría hasta hoy en la República.

Aniceto Arce (1888-1892) subió al poder bajo la amenaza del liberalismo, pues al mes de su investidura se le sublevó el Regimiento Loa que lo escoltaba, cometiendo desmanes en la ciudad. Arce escapando a Cochabamba vestido de fraile organizó la resistencia y restableció el orden castigando a los sublevados. Durante su gobierno impulsó el ferrocarril a Oruro y varias obras, se preocupó de caminos y escuelas, fundó el Colegio Militar, estableció la conscripción y con su propio peculio hizo traer de Europa, monjas, maestros e ingenieros para que enseñen en el país.

EL CONSTITUCIONALISMO LIBERAL

Las constituciones políticas del estado en el periodo de los Protomedicatos (1830-1893), resultantes de las revisiones de la de 1826, desde la de 1831 (Andrés de Santa Cruz) hasta la de 1880 (Narciso Campero) según el jurista Ruffo Oropeza Delgado³⁹ corresponden al Constitucionalismo Liberal. Reflejan la actitud extremadamente pasiva a la problemática de la salubridad por parte del estado. En ellas no se encuentra ninguna disposición que establezca de una manera específica la obligación del estado de actuar por la salud de la sociedad, si bien existen al respecto consideraciones de carácter general que a continuación se presentan en el análisis:

Las constituciones de 1831 y de 1834 del Gobierno de Andrés de Santa Cruz, mantienen el mismo concepto constitucional y la posición contemplativa hacia lo referente a la salud.

La Constitución de 1839 de José Miguel de Velasco, al señalar las atribuciones de los Consejos Municipales hace referencia a los factores indirectos que influyen en la prevención y conservación de la salud, así en el artículo 132 se dispone: *“corresponde a los Consejos Municipales: 1) cuidar de la policía de la comunidad, ornato y recreo...3) cuidar de las escuelas primarias, de los establecimientos de educación de seguridad y caridad, conforme a los reglamentos respectivos...5) cuidar de la recaudación, administración e inversión de los caudales de beneficencia y demás municipales conforme a las reglas que dicte la ley”*

³⁹ Ruffo Oropeza Delgado. El Derecho a la Salud de las Américas. OPS/OMS

La Constitución de 1843 de José Ballivián establece en la sección de garantías que “son prohibidos los tormentos, la confiscación de bienes y toda pena de infamia trascendental”.

La Constitución de 1851 de Mariano Isidoro Belzu al referirse al Derecho Público de los bolivianos determina que *“ninguna pena es trascendental y es prohibido el tormento de cualquier clase que sea”* y *“todo hombre goza en Bolivia de la libertad de trabajo y de la industria, a no ser que su ejercicio se oponga a la ley o a las buenas costumbres”*.

La Constitución de 1861 de José María Achá, en la sección de Derechos y garantías establece las siguientes prohibiciones: *“Bajo ningún pretexto es permitido emplear el tormento ni otro género de mortificaciones”* y entre las atribuciones de los Consejos Municipales señala: “3) crear establecimientos de instrucción y dirigirlos, ejercitando solo el derecho de vigilancia sobre los establecimientos por el Gobierno. 4) Establecer la política de salubridad, comodidad, ornato y recreo 5) cuidar de los establecimientos de caridad y seguridad conforme a los reglamentos respectivos”.

La Constitución de 1868 de Mariano Melgarejo, en el Capítulo de Derechos y Garantías dice: *“Todo hombre tiene derecho al trabajo y al ejercicio de cualquier industria lícita, queda prohibido por siempre la pena de azote y bajo ningún pretexto es permitido emplear el tormento ni otro género de mortificación”*.

En la Constitución de 1871 de Agustín Morales, en la Sección de los Derechos y Garantías, se avanza significativamente después que Bolivia ha soportado una de las tiranías que registra su convulsionada y sangrienta historia republicana, la del General Mariano Melgarejo, quien contrariamente a lo que afirmaba en su constitución, sin pretextos y con ellos empleó el tormento y todo género de mortificaciones. Entre los Derechos y garantías que consagra la Constitución de Agustín Morales, cabe mencionar los siguientes: *“jamás se aplicará la confiscación de bienes como derecho político”*. *“Quedan abolidas las penas de infamia y la de muerte civil, así como la de prisión por deudas”*. *“Los bienes y rentas de los establecimientos de educación, beneficencia y caridad no pueden enajenarse en ningún tiempo, ni gravarse con contribuciones directas”*. *“Se prohíbe conceder al Poder Ejecutivo facultades extraordinarias, ni la suma del Poder Público, no otorgarle supremacías por las que la vida, el honor y los bienes de los bolivianos queden a merced del gobierno ni de persona alguna”*. En la sección correspondiente a las atribuciones de las Municipalidades señala: *“En los establecimientos del estado solo tendrán el derecho de vigilancia”*... “4. Establecer la política de salubridad, comodidad, ornato y recreo”.. “5. Cuidar de los establecimientos de caridad conforme a los reglamentos específicos”.

La Constitución de 1878 de Hilarión Daza, en la Sección de Derechos y garantías determina que *“todos tienen derecho a trabajar y ejecutar toda industria”*, que *“los atentados contra la seguridad personal hacen responsables a sus autores inmediatos sin que puedan servirles de excusa, el haberlos cometido por orden superior”* y *“que en ningún caso empleará el tormento ni otro género de mortificaciones”*. *“Quedan abolidas las penas de infamia y la muerte civil”*. Las atribuciones que competen a las municipalidades son las mismas que de la Constitución anterior.

La Constitución de 1880 de Narciso Campero en la Sección Seguridad de los Derechos y garantías transcribe en su integridad el mismo texto de los artículos de la Constitución anterior.

EL PROTOMEDICATO

Para el Dr. Ezequiel Osorio el Protomedicato *“ha sido la primera de las instituciones directoras de la organización médica y encargada de intervenir en la vigilancia de la salubridad boliviana”*⁴⁰.

Las funciones de supervigilancia y control permanente del ejercicio profesional de médicos cirujanos, farmacéuticos, flebotomos y parteras, atención de las boticas, etc, se habían originado en la colonia en 1570 mediante Célula Real de Felipe II de España por la que se *“había resuelto enviar uno o muchos protomedicatos a las provincias de las Indias y sus islas adyacentes, residiendo en las ciudades donde hubiera audiencias y chancillería, ejercitando la profesión en cinco leguas alrededor, como obligación principal debían informar (de cuento estaba relacionado con la medicina de entonces) de los médicos, cirujanos, herbolarios españoles e indios que hubiere, así como de las personas curiosas que les pareciera atender y saber algo informándose de la experiencia que tengan en las cosas sucedidas, escribir la historia natural, ejerciendo la profesión con el título de protomédicos”*⁴¹.

Al instalarse la República las medidas del Real Protomedicato no estaban vigentes desde 1822 en España y tampoco en sus colonias.

El protomedicato se puso en vigencia en la República con el Decreto del 6 de abril de 1830, firmado por Andrés de Santa Cruz y sus ministros del Interior, Mariano Enrique Calvo, que en sus consideraciones sustentaba: *“1) que la salud y la vida de los ciudadanos nos han llamado siempre e imperiosamente la atención de un Gobierno ilustrado y 2) que ellos estaban confiados a los profesores de medicina, ciru-*

⁴⁰ Ezequiel Osorio. Historia de la Sanidad en Bolivia. Boletín de la OPS. 1928. De la Revista del Instituto Médico Sucre. Enero-Febrero 1928.

⁴¹ Juan Manuel Balcázar. Historia de Medicina en Bolivia. 1954.

gía y farmacia, cuya instrucción y moralidad deberá ser probada". Para cuyo efecto se erigió un Tribunal de Protomedicato con residencia en La Paz.

La creación fue en forma provisional habiendo desempeñado el cargo con el grado de Protomedicato el Dr. José Córdón Labra, siendo examinadores los Dres. Juan Nicoll y Pedro María Burnier de Fontaniel. Jerárquicamente bajo el Protomedicato existían las tenencias del Protomedicato en todas las capitales de Departamento con las atribuciones de exigir dentro de cierto plazo el título o diploma profesional que acreditase como tal a todo médico cirujano o farmacéutico residente dentro del territorio nacional.

Los médicos titulares de las capitales de Departamento serían los Tenientes del Protomedicato y se encargarían de *"dar el respectivo pase a los profesionales para su ejercicio"*. Los alumnos de los Colegios Nacionales serían examinados por el Protomedicato quienes debían acreditar su buena conducta y moral. El decreto especificaba el tipo de papel sellado a utilizar para cada caso de aprobación del ejercicio profesional. El Protomedicato *"también debía conocer por sí o por sus tenencias de los crímenes o faltas profesionales de las tres clases de facultativos (médicos, cirujanos y farmacéuticos) y visitar por sí o sus tenientes las boticas"* y estaban facultados para *"la prohibición de todo género de drogas venenosas"*.

Se aprobó después la Ley del 3 de octubre de 1833, reglamentada el 24 de enero de 1834 respecto a la creación del Colegio de Medicina de La Paz, ampliando las facultades concedidas al Protomedicato y sus tenencias en el artículo 8° quedando encargados de la conservación y propagación del fluido vacuno y la supervigilancia de los vacunadores. De modo particular el artículo 35 decía: *"la higiene pública es el principal objetivo en que deben ocuparse el Protomedicato y sus tenencias describiendo epidemias y enfermedades endémicas que predominen en el país"*, para luego añadir *"que deben sugerir las prescripciones y los remedios que puedan utilizar"*.

Desde abril de 1830 hasta agosto de 1843 funcionó el Protomedicato en la ciudad de La Paz. En 1833 fue nombrado Protomédico General, el Dr. José Francisco Passaman. El 22 de agosto de 1843 se dio un nuevo reglamento y se definió su residencia en la capital de la República donde funcionó hasta 1850 en que el titular Dr. Manuel Asencio Cuellar fue suspendido de su cargo, quedando en acefalía este cargo y encargando sus atribuciones a las tenencias. Esta medida dice Valentín Abecia *"no obedecía a otro móvil que a la hostilidad pública que el Gobierno de Belzu quería hacer a Cuéllar, a pesar de que éste tomó parte en la curación de las heridas que poco antes recibiera el Presidente Belzu, en el Prado de Sucre el 5 de septiembre del mismo año. Ocho años y medio el país estuvo sin el Tribunal regulador del*

cuerpo médico, sin los funcionarios que vigilando sobre las tenencias resguardasen la salubridad hasta el 3 de agosto de 1859 en que el Dictador José María Linares resolvió llamar al Dr. Cuéllar a desempeñar el mismo puesto, quien desempeño sus funciones hasta el 31 de diciembre de 1866”⁴².

En aquel receso del Protomedicato- continúa Valentín Abecia- *“se cometieron muchos atropellos y arbitrariedades en aprobaciones, licencias y autorizaciones del ejercicio profesional, como de los nombramientos de los cargos”* y hace el siguiente comentario que no puede ser más actualizado: *“no solo en el Gobierno de Belzu, sino antes y después y hasta hace muy poco, hemos visto esa intromisión del poder en las esferas profesionales dando al traste con los reglamentos disciplinarios y las leyes y hasta las convenciones internacionales”*.

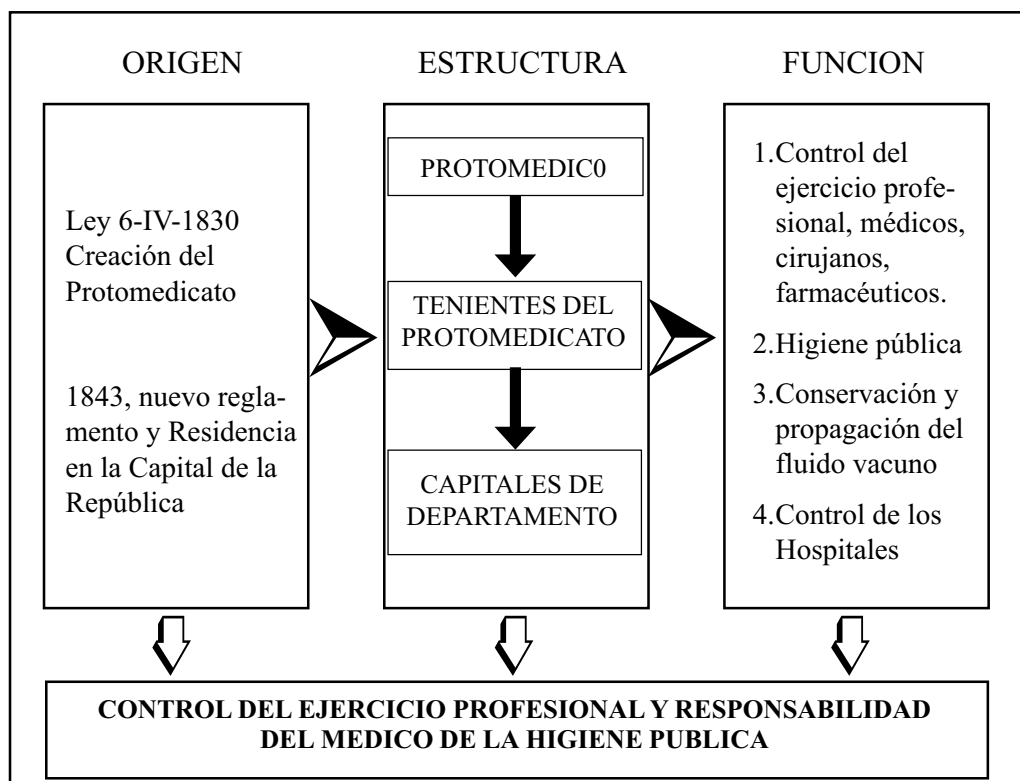
En 1867 fue nombrado Protomédico de la República el Médico Manuel María Raimundo Núñez, doctor en Facultades de Derecho y Medicina. El Gobierno de Agustín Morales nombró en 1871 al Sr. Jorge Haigarth, inglés y que ejerció la profesión en Sucre hasta 1866 *“quien averiguando que no teniendo remuneración alguna el cargo, no lo aceptó, quedando el cuerpo médico sin dirección hasta 1882 en que el teniente de la Capital Sucre pidió al Ministro de Instrucción Pública su restablecimiento, petición que no prosperó y fue negada”*. Hasta 1892 siguieron las tenencias siendo sustituidas desde esa fecha por los Tribunales Médicos.

El Protomedicato estuvo íntimamente ligado a los Colegios Médicos, para el cumplimiento de sus funciones del control profesional y en continuos conflictos de poder por eso mismo. Una sistematización de sus funciones que le competían, como instituciones de la organización sanitaria de la época nos permite definir las en cuatro grandes áreas, de actividades:

1. Control y certificación del ejercicio profesional de médicos, cirujanos, farmacéuticos, incluyendo la recepción de exámenes para su aprobación como tales.
2. La Higiene Pública, principal función que comprendía acciones preventivas y control de epidemias.
3. Conservación y propagación del fluido vacuno
4. Cuidado y control de los Hospitales.

⁴² Valentín Abecia. Algunos Datos sobre la Medicina y su ejercicio en Bolivia. 1906.

PROTOMEDICATO



LA DEMOGRAFIA Y LAS ESTADISTICAS

Una crónica fechada en Bolivia 1841⁴³ daba la noticia de que “*culminó el censo que se venía llevando a cabo en este país, con la intención de procurar un conocimiento más acabado de su población y necesidades: única forma de planificar un gobierno provechoso para todos, según palabras de su propio Presidente el Mariscal Andrés de Santa Cruz. EL censo arrojó una población total de 1.088.768 habitantes considerada como una cifra cercana a la realidad, a pesar de la falta de metodologías y procedimientos en la recolección de los datos que estaban encargadas a las Prefecturas*”

En el periodo del Protomedicato se realizaron cinco censos, que con el censo rápido del Gobierno de Sucre al crearse la República constituyen los seis primeros censos cuyos resultados de la población general de la República se presentan en el cuadro N° 1. El censo de 1835 también fue ordenado por Santa Cruz, dando una disminu-

⁴³ El Chasqui. El Diario. La Paz. Noticias de todos los tiempos que forman la Historia de los tiempos. 1993.

ción de 28.000 y más habitantes, que se atribuyó a algunas epidemias y a las campañas nacionales, internacionales como internas. Tanto el censo de 1831 como el de 1835 fueron considerados como inexactos y nada confiables, por lo cual se ordenó la formación de una Comisión en 1840 a la que se dieron instrucciones en 1941 para realizar un nuevo censo. En el nuevo proyecto se consideraba además del número de habitantes con sus características específicas de edad, sexo, ocupación, saber leer y escribir, la relación con las castas (palabra equivalente a raza) con la identificación individual dentro de los grupos que se conocían en la República.

Cuadro N° 1. Resultados de los censos de la República

AÑOS	POBLACION
1826	997.427.00
1831	1,088,768.00
1835	1,060,777.00
1845	1,378,896.00
1854	2,326,126.00
1882	1,172,156.00

El mayor interés era que en la próxima legislatura pudiera fijarse el número de representantes nacionales. Pos fin el año 1845 en el periodo de gobierno ya de José Ballivián se hizo el tercer censo, el mismo que dio como resultado 1.378.896 habitantes.

En este tiempo hace su aparición en nuestra historia, el joven José María Dalence, estudiante de Derecho en Sucre, quien aparece como pionero en el manejo de las estadísticas médicas. Una noticia de la época recopilada por el Chasqui de El Diario lleva este encabezamiento: “*Se conocen primeros datos del censo*” y da cuenta que: “*en una primicia y como un gesto de amabilidad el joven Dalence interrumpió momentáneamente sus estudios para conocer un adelanto de las primeras conclusiones de su estudio estimativo sobre el país. Según Dalence, Bolivia tiene 1.375.000 habitantes, además de 760.000 nómadas dispersos en las llanuras orientales del país. Solo 180.000 bolivianos estarían asentados en el país urbano, los cuales a su vez se dividían en 30 o 35.000 blancos, 75 a 80.000 mestizos y el resto naturales o indios*”. Las cifras definitivas ya oficiales del censo como se ha visto arrojaron 1.378.896 habitantes⁴⁴.

⁴⁴ El Chasqui. El Diario. Noticias de todos los tiempos que forman la historia de los Tiempos. La Paz, 1993

En 1854 en el periodo de Manuel Isidoro Belzu, el resultado que dio el 4° censo fue de 2.326.126 habitantes, que consideraba un considerable aumento en relación al censo de 1845, el que fue explicado por el Ministro del Interior haciendo notar que en la población de la República estaban incluidas “*las tribus salvajes*”, aquellos nómadas dispersos de que hablara el joven Dalence, otra noticia importante de esa época informaba por primera vez de las estadísticas y decía que “*un importante estudio estadístico sobre los bolivianos viene llevando a cabo el joven José María Dalence que piensa titular Estadística Boliviana*”.

El censo de 1882, estando el Presidente Narciso Campero dio un total de 1.172.156 habitantes, disminuyó casi en una mitad (40.6%) en comparación con el de 1854. Esta disminución fue atribuida a las bajas en las campañas del Pacífico, fallecimientos a consecuencia de la hambruna y las epidemias que se presentaron durante la misma campaña y pérdida del Departamento del Litoral y la no inclusión en el censo de las tribus salvajes.

LOS CUADROS DEL BOSQUEJO ESTADISTICO DE BOLIVIA DE JOSE MARIA DALENCE

Durante el Gobierno de José Ballivián se creó la Junta Nacional de Estadística con el propósito de recolectar toda la información de los bienes y los sucesos que se producían en la población y en la economía, teniendo especial cuidado en el manejo de los datos numéricos. Esta labor fue encomendada al Dr. José María Dalence, quien ya en el periodo de Gobierno del Mariscal Santa Cruz, siendo estudiante de Derecho había incursionado en este campo y en la organización y manejo del censo, estando plenamente preparado para ocupar el cargo de Director de la Junta. El Dr. José María Dalence había nacido en Oruro, se educó en Sucre, en cuya Universidad culminó sus estudios de Derecho, ejerció la profesión de abogado en mucho talento y prestigio, ocupando el cargo de Presidente de la Corte Suprema de Justicia, sin embargo, fue por su trabajo “Bosquejo Estadístico de Bolivia” que la posteridad ha conservado su nombre. Esta obra, que representa el primer aporte científico del pensamiento boliviano en materia de las ciencias sociales, especialmente del análisis cuantitativo de la sociedad fue escrita en 1848 e impresa después de una prolongada enfermedad de su autor en 1851⁴⁵; está presentada en forma de libro y no en forma de “papel suelto o folleto” que según su autor, eran las dos tendencias de la época para difundir las estadísticas. El libro está compuesto de una Advertencia, diez Capítulos que llevan el sugestivo nombre de Cuadros y la Recopilación. Los Cuadros de Dalence son las partes en que se ha dividido el contenido descriptivo y narrativo,

⁴⁵ José María Dalence. Bosquejo Estadístico de Bolivia. Prólogo de Salvador Romero P, Universidad Mayor de San Andrés, Edición de Homenaje a la República en el Sesquicentenario de su Independencia. Año 1976.

algunas de las cuales incluyen tablas numéricas y son diez: Cuadro Primero, Situación, Extensión y Límites de Bolivia; Cuadro Segundo, Forma de Gobierno de la República; Cuadro Tercero, División Territorial de Bolivia Física, Agraria y Política y Descripción de los Departamentos Litoral, Potosí, Tarija, Chuquisaca, Cochabamba, Santa Cruz, Beni, La Paz y Oruro; Cuadro Cuarto, la Población de la República, su aglomeración, densidad y movimiento de la población, de las razas y sus relaciones; Cuadro Quinto, Agricultura, de los Agrarios, Minerales, Flora, Fauna; Cuadro Sexto, las Industrias; Cuadro Séptimo, El Gobierno Exterior; Cuadro Octavo, Caminos y Navegación de los Ríos; el Cuadro Noveno, Fuerzas Armadas y el Cuadro Décimo, la Hacienda Pública, las Rentas del Estado y las Inversiones.

En su Advertencia, Dalence al presentar su trabajo da su definición de Estadística y explicación de su presentación en Cuadros (que son los Capítulos del Libro) cuando dice: “Es pues de absoluta necesidad que el Gobierno posea un cuadro en el que se contengan nociones claras de la población, del capital nacional, de las exigencias públicas y de los medios que podían ponerse en juego para satisfacerlas sin violencia, este Cuadro comparado es la Estadística. Divide en dos partes su trabajo *“naturalmente dice está dividida la obrilla en dos partes”*. La primera después de manifestar la situación, extensión y divisiones territoriales se ocupa de la población, su dinámica y estructura en varios aspectos y la segunda comprende lo que llama Dalence *“la estadística de las cosas, esto es, nuestros productos, convenios y cambios, las rentas, su origen y proporción con la riqueza nacional, los gastos públicos y finalmente las fuerzas armadas”*. Finalmente su Advertencia termina con esta invocación: *“He tratado pues de cumplir con esmero en cuanto me ha sido posible el encargo con que me honró el gobierno. Ojalá este esfuerzo de mi corta capacidad produzca algún fruto y convenza a nuestros conciudadanos, particularmente de los que residen en la campaña que los datos estadísticos, no se solicitan para que sirvan de resortes de explicación, sino porque son las únicas antorchas que pueden guiar al gobierno en el difícil y escabroso empeño de crear fomentos y proteger la riqueza pública”*.”

El Esbozo Estadístico de Bolivia en sus diez Cuadros consideramos que constituye el primer aporte científico, encerrado en el gran cuadro estadístico del análisis de la situación económica social y política y grado de desarrollo alcanzado en el país en aquella época; además en cada cuadro toca diversos aspectos que corresponden a la geografía, la política, la sociología, la demografía, la educación y cultura y las etnias, la psicología, en donde aparecen en el ámbito nacional, originando estas diferentes disciplinas. En el Cuadro cuarto que se refiere a la población de la república se tocan aspectos demográficos de dinámica, crecimiento y estructura de la población, mortalidad y algunas referencias a la morbilidad que bien vale la pena extractar resumidamente algunos aspectos.

“Para 1831 la población de Bolivia fue de 1.088.898 habitantes, para 1846 la población era de 1.378.896 habitantes. El aumento en los 15 años fue de 289.104; el aumento en un año es de 19.348 habitantes. La proporción del aumento de la población fue de 1 sobre 62”.

“Considerando los nacimientos y defunciones en particulares se tienen los estados siguientes a nivel nacional: nacidos en 1846: 62.443. Defunciones en 1846: 43.756. Aumento de la población en 1847: 18.486. Proporción con la población 1x 62”.

“En el censo general de 1846 figuran 562.967 niños, es decir personas que tienen menos de 14 años; este número con respecto al total de habitantes de la república forma cerca de un tercio, es crecido y por consiguiente prueba que la población boliviana es progresiva”.

“En cuanto a las defunciones, en 1846 fallecieron 43.957 personas, de las que fueron niños 12.831, niñas 11.565, adultos 8.265 y adultas 8.234. Resulta que la proporción de los fallecidos con la población general es de 1 por 33.49. Los guarismos manifiestan que la mortalidad en Bolivia es mucho menos que la que se observaba a principios de este siglo en la mayor parte de las naciones de Europa: en España moría 1 por 29, en Suiza 1 por 28, en Polonia 1 por 29, pero es mayor que la que se advierte en Francia donde muere 1 por 35, en Inglaterra 1 por 34 y en los Países Bajos 1 por 36; sin duda que la mortalidad ha disminuido en los países últimos por el mayor arreglo de los hospitales y mejora de los métodos curativos y régimen. La mortalidad es menor en las punas (1 por 59.36) que en los valles (1 a 48.96) y que en los Yungas (1 a 29.88), este hecho corroborado por el método estadístico fue enunciado por algunos observadores anteriormente”.

“Sobre los datos que ha recolectado para 1846, de una población de 1.378.896, matrimonios en un año 12.000; nacimientos 62.439; defunciones 43.757 y aumento anual sin inmigraciones de 18.090 habitantes, llega a las siguientes conclusiones de su estudio: “1° que el año 1825 había en Bolivia solo 978.926 habitantes y que en los 21 años que han corrido hasta el 46, ha aumentado 349.970; 2° que para duplicar su población la República necesita 46 años (1871 la población sería 1.939.524), sin contar con las inmigraciones ni el aumento que pueda dar a la población el desarrollo de la industria, ni los mayores auxilios que puedan proporcionar la medicina y la vacuna extendiéndola a la campaña donde se carece hoy absolutamente de ellos. La toz y la misma viruela y las fiebres arrebatan prematuramente la vida de un número considerable de niños y adultos en los valles y Yungas; en fin, sin contar con la asociación de las tribus salvajes para cuya reducción solo faltan genios que sepan atraerlos a la vida civil por medios que no ataquen directamente ciertos hábitos suyos muy dominantes”. En las pocas páginas de su Recapi-

tulación, con lo que termina su trabajo el Dr. Dalence, al ocuparse del adelanto de los conocimientos hace esta referencia acerca del estudio de la medicina: “*muchos jóvenes sumamente hábiles y aplicados han emprendido el estudio de la medicina, pero esta facultad carece en la Universidad, de un número suficiente de catedráticos, se mezquinan doce o catorce mil pesos anuales para una cosa indispensable, entre tanto que sumas considerables se prodigan en otros objetos innecesarios. ¿Cuándo conoceremos lo que esencialmente interesa a la sociedad?*”

HOSPITALES DE LA PAZ. DATOS HISTÓRICOS POR CARLOS BRAVO

En 1883 (Gobierno de Gregorio Pacheco) el Sr. Carlos Bravo, miembro del Consejo Municipal de La Paz, en oportunidad de la solemne inauguración de dos nuevos salones en el Hospital Landaeta pronuncia un discurso que es considerado como histórico sobre los hospitales de La Paz, que por su importancia el Consejo ordenó su impresión por su cuenta. El documento denominado “*Hospitales de La Paz. Datos Históricos por Carlos Bravo*”, es publicado en La Paz, por la imprenta “*La Razón*”, el año 1885 y contiene “a grandes rasgos y con el laconismo propio del caso” como dice su autor “la historia antigua del Hospital San Juan Evangelista de la ciudad de La Paz, desde el año 1731 al 1796, basado en tres cuadros elaborados con la colaboración de Enrique de la Viña”.

El primer cuadro presenta “*El movimiento Hospitalario del Hospital Juan Evangelista en épocas de enero de 1731 a mayo de 1796*”, o sea 65 años. En la primera columna que corresponde a este periodo están detalladas 16 épocas, cada una de las cuales corresponde a 4 años y seis meses. En las siguientes columnas para cada época se presentan datos sobre hombres curados y muertos y el total; mujeres curadas y muertas y el total; resumen de enfermos curados y muertos y en la última columna los gastos en pesos fuertes y reales.

El segundo cuadro “*Censos a favor de los hospitales de San Juan Evangelista de la ciudad de La Paz*”, presenta los nombres por años de los censantes, correspondientemente la propiedad censada, el capital en pesos fuertes y reales y el canon anual en pesos fuertes.

El tercer cuadro sin título, para las 16 épocas determinadas como sujetos de observación presentan la población (probable) con el número de habitantes y su especificación de aumento o disminución. Los autores de este trabajo Carlos Bravo y Enrique de la Viña como dicen “*con estos guarismos*” nos dan usando con los indicadores de morbilidad y mortalidad, el movimiento de la población y una apreciación sobre los gastos en salud (aún cuando no relacionan enfermos, curados y muertos hospitalarios). En cuanto a la disminución de la población *citan épocas (1745 al 48, 1754 al*

59 por ejemplo) “sin que pudiéramos averiguar en nuestra historia las causas de su decadencia, causas que requieren profundas investigaciones para las que nos hallamos incompetentes”. Para otras épocas se tienen explicación cuando dicen: “no debe extrañarse que de 1790 al 93 sea reducida la población probable de 6.690 habitantes (en la anterior época habían 58.340 habitantes y la reducción fue a 46.550), la falta de medios de existencia y la guerra con los indios ha diezmando a los paceños en el asedio que sufrieron, de ahí ese periodo de decadencia tan notable”. También observan: “que la cifra de mortalidad de personas de ambos sexos durante el periodo de 65 años muestran que ha excedido en 225 la de varones a la de mujeres”.

En cuanto al movimiento económico del hospital dan la explicación en los siguientes términos: “La Paz ha contribuido para el mantenimiento de los enfermos de su hospital en limosnas ordinarias con pesos fuertes de 7.1771/2 y en limosnas extraordinarias pesos fuertes 8.109.1/2. Los gastos durante los 65 años en los diferentes rubros (minuciosamente detallados) han sido de 211.371 pesos fuertes y 6 reales”. Termina el estudio con la siguiente conclusión: “por las demostraciones que anteceden resulta que en 65 años 52.174 enfermos han gastado la suma de 211.371 pesos fuertes, 6 reales 1/4, lo que equivale a decir que por cada enfermo se ha gastado 4 pesos fuertes 1/4”.

DEMOGRAFÍA BOLIVIANA. MOVIMIENTO DE LA POBLACIÓN DE SUCRE DE VALENTÍN ABECIA.

Valentín Abecia en 1884 comenzó a publicar sus trabajos titulados “*Demografía Boliviana-Movimiento de la población de la ciudad de Sucre*” que, según su biógrafo y familiar, el Dr. Valentín Abecia Baldivieso⁴⁶, eran publicaciones anuales que se efectuaron durante doce largos años sin ayuda del gobierno y que eran muy solicitadas por los ilustres personajes de la época como Gabriel René Moreno y Manuel Vicente Ballivián “entre otros”. En pleno periodo de su intensa actividad profesional y de su iniciación en el terreno político en Sucre, el Dr. Abecia nos ha proporcionado uno de sus mejores productos culturales. Preocupado “*porque en Bolivia las diferentes ramas de la administración pública no conocen el valor*” y la importancia de la recolección, presentación y análisis de los datos que se van produciendo en los hechos vitales que son continuados y permanentes, es el promotor del uso de las estadísticas sanitarias o “*estadísticas vitales*”.

Su trabajo es calificado por él mismo como un ensayo del “*Libro de Familia*”, de la familia sucrense, “*incompleto si, pero que cada ciudad, cada colectividad debe es-*

⁴⁶ Valentín Abecia Baldivieso. Valentín Abecia. Promotor de la Autonomía Universitaria. Editorial La Paz. 1993.

merarse en formularlo porque es el inventario, podemos decir de la localidad". Conciente de la importancias para nuestro país, del trabajo que ha venido realizando, su segunda entrega del año 1885 se le dedica mediante una carta a su gran amigo y consejero Dr. Santiago Vaca Guzmán en Buenos Aires.

En la carta le dice *"he creído que ningún nombre mejor que el tuyo podía ir al frente de este segundo ensayo..."*. Es un bello gesto de agradecimiento *"al estímulo recibido y reconocimiento al distinguido publicista que lejos de la patria ha sostenido con inquebrantable valor e ilustrada fe los sagrados derechos de Bolivia en la injusta guerra provocada por Chile"*⁴⁷.

Los temas que trata en sus ensayos se refieren a población, inmigración y migración, bautismos, defunciones, demografía política, matrimonios, titularia de la ciudad, estadística escolar, vacunaciones, estadística judicial, tesoros y misceláneas. El método que ha venido utilizando ha sido adoptado en parte del que sigue el Dr. Ernesto R. Coni, Jefe de la Oficina de Estadística de la Provincia de Buenos Aires, en sus trabajos de movimiento de la Población en la Ciudad de Buenos Aires y la exactitud de los datos consignados está asegurada por las fuentes consignadas para cada presentación. Se refiere también a los trabajos de Estadísticas de Bolivia de José María Dalence, con el que está de acuerdo en muchas de las conclusiones a las que han llegado. Para los lectores apasionados de las estadísticas, como lo fue el Dr. Valentín Abecia, damos algunos resultados y conclusiones de sus ensayos sobre la población de Sucre en el año 1884.

<i>"La población en Sucre en 1883 es de</i>	<i>16.579</i>	<i>habitantes.</i>
<i>Población en 1882</i>	<i>15.980</i>	
<i>Bautizos en 1882</i>	<i>1.228</i>	
<i>Mortinatalidad 4%</i>	<i>49</i>	
	<i>17.257</i>	
<i>Defunciones en 1883</i>	<i>678</i>	
<i>Población al 31-12-1885</i>	<i>16.579</i>	<i>habitantes"</i>

" A la cifra de 1228 bautizos (corresponden a recién nacidos) hay que agregar los nacidos muertos, los que mueren al nacer o poco tiempo después o como también los niños que se ocultan o se mandan fuera de la ciudad por diversos motivos. Para rectificar este error se hace indispensable agregar la cifra del 4%. Adviértase que esta cifra está avaluada en Buenos Aires en 10%.... de manera que la cifra de 49 corresponden a la mortinatalidad, es, se puede decir exigua"

⁴⁷ Valentín Abecia. Demografía y estadísticas. Movimiento de la población de la ciudad de Sucre. Tipografía del Cruzado. Calle Bolívar 65. Sucre. 1885

“El aumento vegetativo para el año 1883 ha sido de 559, lo que da el 36.14 por cada 1000 habitantes, promedio mensual del aumento 44.11%”

“Los bautizos (nacidos vivos) para el año 1883 son 1228, más el 4% de los mortinatos dan la cifra de 1.277. Los bautizos clasificados por colores dan el siguiente resultado; Españoles 220, mestizos 440 e indios 68. Los bautizos por estaciones casi son iguales proporcionadamente con un ligero aumento en invierno (primavera 306, estío 273, otoño 319, invierno 330)”

“Las defunciones para el año 1883 han sido 678 y se las estudia según sus fuentes de parroquias, cementerios, hospitales y policías, por meses, por estaciones, por colores, por edades (adultos, infantes, menores de un año y total) y por sexo.”

“Las defunciones por edades presentan el siguiente resultado: adultos 309, infantes 153, menores de un año 216 y el total de 678”

“Defunciones por sexo: varones 318, mujeres 360, total 678”

“Por el cuadro de bautismos y el de defunciones se ve que nacen en Sucre más varones que mujeres y que mueren más mujeres que varones. El invierno ha dado menos defunciones que las demás estaciones i la primavera casi el doble que el invierno. La mortalidad, es decir la relación entre las defunciones y la población ha sido de 40.84 por cada 1000 habitantes”

Esta mortalidad la relaciona con otras ciudades de Europa y América de 1879: Londres 23.6, Glasgow 22.1, Liverpool 27.5, Birmighan 22.5, Hamburgo 28.2, Berna 31.3 y Buenos Aires 26.3. La alta mortalidad encontrada en Sucre comparándola con las otras ciudades la atribuye sobre todo a la alta mortalidad infantil (de la que no dice cuanto según los datos que presenta la tasa de mortalidad infantil sería de 175 o 169 por mil nacidos vivos (bautizos)) debida a la *“ilegitimidad, la debilidad matrimonial, el abuso de los enemagogos, los abortos provocados i la ignorancia completa de las llamadas parteras, la sífilis, creemos que haya concurrido a la mortalidad en menor escala que los hechos políticos”*.

Al presentar el cuadro de Demografía Patológica, se refiere a la morbilidad del cual las cinco primeras enfermedades son: Neumonía 87, inflamatorias 80, anasarca 39, congestión 27 e indigestión 25.

A las *“causas de mortalidad”* las denomina *“mortalidad según división nosológica”*. Las primeras cinco causas de mortalidad son: aparato respiratorio 158, constitucionales 118, digestivas 111, mórbidos humanos 59 y circulatorio 45.

LA ENSEÑANZA MEDICA

Los estudios de medicina en su inicio como hemos visto surgieron como una cátedra al crearse los Colegios de Ciencias y Artes y los Protomedicatos quedaban encargados del control del ejercicio profesional y de la recepción de exámenes, creándose confusión durante años en el proceso del desarrollo sanitario y la enseñanza de la medicina al mismo tiempo. EL Mariscal Andrés de Santa Cruz creó la Universidad y el Colegio General de Ciencias Médicas de La Paz, José Ballivián dio origen a las Facultades de medicina y a los Gobiernos de Tomás Frías y Aniceto Arce les correspondió dotarlas de los primeros planes de estudio estructurados académicamente.

EL COLEGIO GENERAL DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA PAZ

El Decreto del 25 de octubre de 1830 creó la Universidad Menor de La Paz por el General Andrés de Santa Cruz y por Ley del 13 de agosto de 1831 fue elevado al rango de Universidad Mayor “*con los mismos privilegios y preeminencias*” de que gozaba la de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Valentín Abecia dice al respecto, al referirse a este acto del Mariscal Santa Cruz “*pienso como medio de asegurarse sus proyectos políticos en el establecimiento de los estudios médicos, en su ciudad natal*”⁴⁸ (la Ley del 5 de noviembre de 1832 crea la Universidad de San Simón de Cochabamba, pero sin comprender los estudios de medicina).

El Colegio General de Ciencias Médicas de La Paz (Ley de 31 d octubre de 1833 y Reglamento de enero de 1834) tomó personería jurídica en el seno de la Universidad Mayor de San Andrés, para la formación profesional de medicina, que hasta entonces estaba considerada como simple curso integrante del Colegio de Ciencias y Artes. Se le asignó como local el del Colegio, el Director debía ser nombrado por el Gobierno pudiendo dictar una cátedra con sueldo independiente; el Colegio se dividía en cuatro cátedras: medicina, cirugía, farmacia y química, para ser admitidos como alumnos debían reunir ciertas condiciones como la de tener aprobados los estudios de gramática castellana y latín, lógica, ética y elementos de matemáticas; la enseñanza comprendía cinco cursos en cinco años de estudio, en el cuarto curso junto a otras materias se dictaba la Higiene y la Física Médica; los alumnos debían seguir las visitas diarias de los catedráticos desde el primer año en el Hospital San Juan de Dios, más tarde Landaeta se formó una escuela para la preparación de “*practicantes*”, era necesario para completar los estudios después de vencer los cinco exámenes del curso presentarse a cinco exámenes generales más.

⁴⁸ Valentín Abecia. Algunos datos sobre la Medicina y su ejercicio en Bolivia. 1906.

Los decretos reglamentarios, planes del estudio del Colegio, se debieron a la iniciativa de Juan Martín de la Facultad de Medicina de París (médico particular del Mariscal de Santa Cruz) a quien el gobernante pidió la presentación de los proyectos que fueron revisados por José M. Passaman, primero Director del Colegio y preceptor del mismo fue nombrado Manuel Cuéllar.

La Ley de fundación del Colegio General de Ciencias Médicas de La Paz instruyó la supresión de la Cátedra de Medicina en los Colegios de Ciencias y Artes de Chuquisaca y Cochabamba, en donde para compensar en algo esta supresión se autorizó a sus catedráticos que sigan dictando con los mismos haberes la anatomía, la cirugía y el “*arte obstétrico*” solamente. Poco tiempo después (21 de abril de 1837) se ordenó la enseñanza del “*arte obstétrico*” en La Paz, en forma de una escuela completa que tomó el nombre de “*Casa de Maternidad*”. Su profesora a la que el Mariscal Santa Cruz le había hecho traer desde Lima, Doña Juana Reyes, además de su sueldo recibiría “*una gratificación al concluir el curso siempre que presente cinco alumnas en estado de ejercer la profesión*”. No hay noticias dice Juan Manuel Balcázar⁴⁹. De que la Sra. Reyes hubiese sido acreedora al pago de la gratificación.

En este tiempo (1837) la enseñanza de las distintas ramas de la medicina se sujetaba a las normas establecidas en las Facultades de Lima y Buenos Aires, que a su vez se orientaban con preferencia en las normas de la escuela Francesa. La llegada del prestigioso médico José Passaman, español titulado en París, profesional que había trabajado con éxito en Lima y Buenos Aires, contribuyó a dar una fisonomía más francesa aún a la enseñanza de la medicina en Bolivia, desde que el Mariscal Santa Cruz le encomendara la organización del Colegio General de Medicina en La Paz.

Passaman aparte de la Dirección del Colegio, tomó a su cargo las Cátedras de Fisiología y Patología, de cuyas lecciones han quedado dos libros inéditos en la Universidad de San Andrés copiados por el calígrafo o alumno José M. Leonardo Benavides: “*Adiciones a los cursos de Fisiología y Patología*” y “*Curso de Patología Especial*”.

El Dr. José María G. Quiroga trabajó en estos años con Passaman dictando los cursos de “*Cirugía Médica*” (denominación de entonces a la Patología Externa), “*Fisiología e Higiene*” sobre cuyas bases escribió los libros “*Cirugía Médica, Lecciones de Fisiología*” y “*Curso de Higiene*”, que también se conservan inéditos y el copiado es del mismo alumno o calígrafo Benavides.

⁴⁹ Juan Manuel Balcázar. Historia de la Medicina en Bolivia. 1984.

Estos cinco libros según Juan Manuel Balcázar reflejan la clase de enseñanza que se brindaba en aquellos tiempos y las teorías dominantes *“conocimientos que como resultados de la revisión de los contenidos y de los diferentes capítulos los resumen en dos conceptos fundamentales: irritación e inflamación”*. Como en el libro *“Lecciones de Fisiología aparece la leyenda Lecciones de Fisiología por Mr. Magendie se evidencia más la creencia de que estos libros son copias de los de algunos autores franceses, no originales de aquellos”*.

La vida de este Colegio no fue larga, pues el 10 de octubre de 1837 el mismo Mariscal de Santa Cruz lo clausuró invocando entre otras razones de que *“era muy gravoso para el Estado... sin provecho para la juventud”*. Sin embargo en este tiempo había opinión general de que la clausura del Colegio se debió principalmente a que gran parte de los profesores y alumnos eran opositores al gobierno y principalmente a la Confederación Perú-Boliviana. Esta presunción se hizo evidente puesto que el Director Dr. Passaman fue desterrado porque se dijo que como simpatizante con Chile, donde vivió un tiempo, criticaba entre profesores y alumnos la administración de Santa Cruz, y sobre todo a la Confederación, sin dar importancia ni a su condición de extranjero ni a su posición como médico de Mariscal.

LAS FACULTADES DE MEDICINA

Al clausurarse el Colegio General de Ciencias Médicas, se determinó también el receso del Protomedicato, lo que sin embargo no duró mucho tiempo, puesto que ante la presión del pueblo, pidiendo restaurar el control de la higiene pública y el ejercicio profesional el Congreso tuvo que dictar la Ley (18 de octubre de 1840) restableciendo el Colegio y también las Juntas de Sanidad que habían sido creadas en 1828. Más tarde se facultó al Director del Colegio Junín de Sucre, el Profesor Martín Agois a seguir dictando su cátedra con 22 alumnos que llegaron a titularse en 1845.

Con el propósito de facilitar la enseñanza universitaria se llegó a dar validez a los estudios particulares, así sea sin profesor⁵⁰. La Resolución del 28 de febrero de 1844 dispuso *“que cualquier estudiante en cualquier ramo de instrucción que quiera prestar sus exámenes y dar testimonio de su aprovechamiento puede ser examinado en la Universidad, en la época y el tiempo que él sea expedito con la sola formalidad de matricularse en la Universidad, entendiéndose la franquicia anterior a favor de los que estudian en sus casas o bajo la dirección de una sociedad o profesor de empresa particular”*. Al respecto decía el Dr. Cuellar *“bastaba ser profesional con título para poder enseñar y así se habían abierto cursos en varios puntos de la*

⁵⁰ Juan Manuel Balcázar. Historia de la medicina en Bolivia. Capítulo Enseñanza Médica. La Paz. 1956.

*república. Era suficiente que un médico consiguiera unos alumnos y en su consultorio año tras año daba lecciones hasta hacerlo graduar de médico. Ya podía suponer qué género de estudios se hacían entonces*⁵¹.

La enseñanza médica hasta entonces había estado sujeta “a la inestabilidad de las opiniones y a las pasajeras exigencias de la política sin que se contemplara el orden y el sistema” en la enseñanza pública. El Presidente José Ballivián y su Ministro de Instrucción Tomás Frías, después de consultar las mejoras y avances compatibles con los medios de que dispone el Estado, dictaron (Decreto 25 de agosto de 1845) la vigencia de un Estatuto Orgánico de Enseñanza para todos los ciclos, incluso la Universidad. Las universidades se redujeron a tres: Sucre, La Paz y Cochabamba, cada una con cinco facultades: Teología, Derechos y Ciencias Políticas; Medicina; Ciencias Matemáticas; Humanidades y Filosofía. Inicialmente solo se establecieron en Sucre, la de Medicina, Derechos, Ciencias Políticas y Filosóficas; en La Paz, Teología, Derecho y Matemáticas; en Cochabamba; Derecho y Ciencias Políticas; Filosofía y Humanidades. En el Decreto en su parte expositora se dice: “*La dirección e inspección de la enseñanza de cualquier grado queda exclusivamente confinados en la república a las Universidades que las ejercerán de acuerdo a las leyes y decretos del Gobierno. En el artículo 8° se establece que la Universidad constará de cinco facultades, a saber, la de Teología, la de Derecho, la de Medicina, la de Ciencias Naturales y Físicas y la de Humanidades y Filosofía*”.

Con el Decreto de José Ballivián y Tomás Frías se configura las Facultades de Medicina, dependientes de las Universidades, con carácter legal en la República; las demás disposiciones de los siguientes gobiernos no modificaron los aspectos jurídicos de su constitución y contribuyeron a la orientación de la dotación de los recursos necesarios y la elaboración de planes y estatutos.

Los siguientes hechos son significativos en el proceso de configuración evolutiva de las Facultades de Medicina: “*El Dictador Linares, para moralizar la administración pública inició un periodo de estricta selección para ocupar los cargos, considerando el mérito, la aptitud y el patriotismo fijando severas condiciones para los médicos, como protomédicos y profesores, declarando los cargos públicos en vacancia (27-XII-1857)*”.

Por disposición de Belzu, el 17 de febrero de 1854 se establecieron los cursos de Obstetricias en los Colegios de los educandos, después de que pasaron muchos años desde que Santa Cruz, con la matrona peruana Juana Reyes, había intentado formar obstetrices ante la falta de atención de partos en la ciudad de La Paz. En el año

⁵¹ Edgar Garret. Apuntes para la Historia de Medicina en Sucre. Archivos de la Historia de la Medicina. N° 4

1866, el Dr. Eduardo Núñez del Prado, que años después fue Decano de la Facultad regentó un curso de Obstetricia, anexo de la Escuela de Medicina y que tituló a 5 de las 7 con los que se inició el curso. La disposición de Belzu “no tuvo ejecución en La Paz”, según Rolando Costa Arduz, “de ahí la importancia del curso de obstetricas dictado por Niñez del Prado ya que es el único curso que cumplió a través de años de estudio con regularidad y que continuara con la práctica durante muchos años, hasta que recién en 1885 Ramón Zapata abrió otro curso.”⁵²

El Congreso de 1863 ordenó la reinstalación de las facultades de Medicina de La Paz que por muchas razones no habían entrado en funcionamiento, sujetas a los reglamentos vigentes de la de Sucre. La de Cochabamba no pudo entrar en funciones hasta 1871 y que se instaló formalmente con la dirección de Manuel Virreyra, aparte del curso inicial de Medicina, contó con uno de Farmacias y otro de “*Matronas*”. El Presidente Melgarejo por primera intención niveló en 150 pesos de impuesto a los médicos nacionales y extranjeros (R.S. de 28 de octubre de 1866), para él no debía existir ninguna diferencia entre profesionales por razones de nacionalidad. Por Resolución Suprema (20-I-1867) aceptó la solicitud filantrópica del Dr. Eduardo Núñez del Prado para abrir un curso de Obstetricia en La Paz, dándole las facilidades necesarias. Obsequió a las Facultades de Sucre, Cochabamba y La Paz a una pieza de plástico de un esqueleto para la enseñanza que había hecho traer de Europa, pudiéndose considerar este acto, dice Valentín Abecia como el más avanzado que registran los anales de la instrucción médica en Bolivia⁵³.

En 1868 (16 de julio) Melgarejo, también, bien asesorado dictó un “*Estatuto de la Enseñanza*”, definiendo la Universidad y la dividió en lo científico en tres distritos universitarios, estableciendo en cada distrito universitario (Sucre, Cochabamba y La Paz) una Facultad de Medicina. El Estatuto con pocas variaciones era el Estatuto “*Frías*” de agosto de 1845. En el plan de estudios el año 3° estaba dedicado a Fisiología, Higiene Pública y Privada.

Un nuevo estatuto fue dictado en el Gobierno de Adolfo Ballivián (22 de noviembre de 1872), puesto en vigencia por Decreto el 15 de enero de 1874, sus principales variaciones consistían en el reglamento de la enseñanza de farmacia hasta entonces de existencia nominal.

En el Gobierno de Frías el Decreto de 17 de enero de 1873, determinó una única Facultad de Medicina, con sede en La Paz, considerando que “*esta capital es más adecuada por razón de su mayor población y recursos*”. Sin embargo y atendiendo a insistentes pedidos el Decreto del 10 de agosto de 1877, restableció las tres Universidades con sus respectivas Facultades de Medicina.

⁵² Rolando Costa Arduz, Daniel y Eduardo Núñez del Prado. *Crónica Aguda*. Año 1, N° 13. La Paz. 1988

⁵³ Valentín Abecia. *Algunos Datos sobre la medicina y su ejercicio en Bolivia*. Sucre. 1906

Durante la Guerra del Pacífico se interrumpieron los estudios de Medicina ya que todos los recursos debían cubrir las necesidades de la campaña. El 11 de enero de 1880, Narciso Campero instaló la Universidad de Santa Cruz y se creó la Facultad de Medicina en forma de ensayo. Por falta de recursos y alumnos no funcionó.

El Dr. Francisco J. Urioste⁵⁴ en un primer periodo de su clasificación que hace de la enseñanza de la Medicina en Bolivia, señala los planes de estudios que rigieron los estudios de las Facultades de Medicina en Bolivia: El Plan de Tomás Frías del 16-07-1868 contiene las 20 materias especificadas por los siete años, en el 3° año se levaba Fisiología e Higiene Pública y Privada y se daban cinco exámenes generales de una hora de duración: 1° examen: Anatomía, Fisiología y Disección en Cadáveres; 2° examen: Patología General, Interna y Externa; 3° examen: Higiene, Química e Historia Natural; 4° examen: Medicina Legal y Terapéutica; 5° examen Clínica Externa e Interna.

El Plan Arce del 25-08-1898 comprende también siete cursos con 24 materias, no se consideraba la Higiene ni Pública ni Privada. El Decreto señalaba que se debían cumplir trabajos prácticos semestralmente en cada curso. El grado académico se obtiene después de tres exámenes de grado y la defensa de tesis. El primer examen de grado comprendía la Clínica Médica y la Clínica Quirúrgica, el segundo examen de grado comprendía Medicina Operatoria, Anatomía Patológica y Medicina legal. EL tercer examen de grado comprendía Obstetricia y Psiquiatría.

LA HIGIENE PUBLICA

Habíamos visto que por la Ley y su reglamentación de creación del Colegio de Medicina de La Paz (1833 y 1844) se cumplían y se establecían nuevas bases del Protomedicato. Sus atribuciones del control profesional y su ejercicio, conservación y propagación del fluido vacuno y la atención de los hospitales, se complementaba con el ejercicio de la higiene pública, la descripción de epidemias y enfermedades endémicas, las sugerencias sobre precauciones y remedios que se puedan utilizar, que constituían el objeto en el que debían ocuparse los Protomedicatos y sus tenencias.

El nuevo dispositivo del año 1845 sancionaba el régimen policial encargando a los Comisarios en las capitales de departamentos, a los gobernadores en las provincias y a los corregidores en los cantones *“el deber de cuidar sobre todos los objetos que forman el importante ramo de la policía de salubridad, comodidad y ornato, sin que*

⁵⁴ Francisco J. Urioste. La Enseñanza Médica en Bolivia. Revista Salud Pública Boliviana. Volumen 46, N° 1. 1989

para esto deban aguardar las órdenes de las municipalidades”. La parte 3° de este capítulo que trata de la salubridad, comprendía cinco subcapítulos que eran “*del resguardo de la Higiene Pública, del abasto de los hospitales y hospicios, de la vacuna y de los cementerios y enterratorios*”⁵⁵. *Se exigía el registro en la policía para ejercer la profesión médica, de cirujanos y farmacéuticos, se les otorgaba la facultad de calificar las condiciones de pobres a ciudadanos que debían ser atendidos gratuitamente en casos de enfermedad; se les daba asimismo, la atribución de controlar las boticas, la ubicación de mataderos, localización de basurales, control en las instalaciones de albañales y vigilancia de animales, específicamente a los perros en el problema de la rabia”*.

Francisco Passaman, Director del Colegio de Medicina y Protomédico General, presentó al respecto “*un Proyecto de Inspección de Policía Médica*”, que al decir de Rolando Costa Arduz, “*el objeto de esta propuesta no solo atendía la necesidad de mejorar la precaria condición de las experticias médico legales al pretender jerarquizar la función encomendando la tarea pericial a los profesionales más calificados, pues establece de modo explícito que debe sostenerse una relación con la Higiene Pública. En tal sentido el artículo segundo del Proyecto expresaba que una de las atribuciones de la Inspectoría debía ser: **PROMOVER POR CONDUCTO DEL PROTOMEDICATO GENERAL Y DEL INTENDENTE DE POLICIA TODO CUANTO PUEDA INFLUIR EN LA HIGIENE PUBLICA Y PRIVADA, CUIDANDO TODO AQUELLO QUE EN SU OPINION PUEDA PERJUDICAR A LA SALUD DE LOS HABITANTES***”

El término Polize en latín, tiene dos acepciones: “*Police*”, policía y Policy política. John Peter Frank, en 1819 en su libro “*Sistema de una Política Integral*” concibe la Polize no como la represión de la Policía cuando no se cumplen las reglas de la higiene sino como policy. “*La política médica es consecuencia de la ciencia de la política, es el arte de la prevención, una doctrina mediante la cual los seres humanos y sus animales auxiliares pueden ser protegidos de los daños por el hacinaamiento y sus consecuencias. Su enfoque es de la Salud Pública o Medicina Social que estudia al hombre desde su nacimiento hasta su sepultura, lo acompaña y lo protege contra los daños que lo amenazan en su entorno físico y social, su meta es promover la salud a través de la legislación y hacer cumplir las leyes sanitarias a través de los órganos de estado*”⁵⁶. Con esta concepción tuvo su origen la Política de Salud.

⁵⁵ Rolando Costa Arduz. Antecedentes y desarrollo de la Legislación Sanitaria en Bolivia. OPS/OMS. La Paz. 1992

⁵⁶ Henry Sigenst. Hitos de la Historia de la Salud Pública. 5° Edición. Siglo XX, Editorial México. 1948.

En teoría, por el tipo de disposiciones que se le señalaban no podría estar mejor preparada la organización sanitaria de los Protomedicatos para cumplir las funciones que se le habían señalado, en el campo de la Higiene Pública. Nos corresponde ocuparnos dentro este periodo de las enfermedades dominantes, la cuarentena y el nacimiento de la sanidad militar en la Guerra del Pacífico.

LAS ENFERMEDADES DOMINANTES

Tres enfermedades seguían siendo dominantes desde la Colonia, la Viruela, la Tuberculosis y el Paludismo; la primera en toda la República, la segunda principalmente en las zonas mineras y el Paludismo en los valles bajos y zonas tropicales.

LA VIRUELA

Era ya epidémica y se presentaba inesperadamente, en cualquier tiempo y en cualquier parte del territorio. El Mariscal Santa Cruz, sobre todo había dictado una serie de dispositivos para la propagación y conservación del fluido vacuno y establecido fuertes medidas para su cumplimiento, al observar personalmente los estragos que producían estos brotes en los lugares más apartados que visitaba y también en las propias capitales donde residían los gobernantes. Se encuentra muy poca información sobre los estragos que hacía la viruela; los datos que se tienen corresponden a la ciudad de Sucre y son retrospectivos. Manuel Cuéllar para los años 1888 y 1889, calculaba una letalidad del 50% opinando que el resto del país era mucho mayor, Nicolás Ortíz informaba que en una epidemia de 1888 en Sucre, se habían producido 2000 defunciones en 3.185 ataques de viruela (letalidad 52%) y en 1889 en 3000 ataques de viruela, 2194 habían fallecido (64% de letalidad).

EL PALUDISMO

Conocido en la época como “*chuccho*”, “*terciana*” o “*fiebre terciana*” según las regiones, estaba extendida en todas las zonas cálidas y templadas y a excepción de Mizque en donde era endemia no hay precisión de epidemias. Se conocen una serie de órdenes y dispositivos relacionados con la protección del árbol de la quina de cuya corteza se extraía la quinina, remedio milagroso que a excepción de otros países en Bolivia se podía disponer en abundancia. La primera orden de protección de la quina corresponde al Mariscal José Antonio de Sucre (1826). El Mariscal Andrés de Santa Cruz (1829) dispuso que solamente los bolivianos podían explotar las riquezas dentro de las que estaba considerada la cascarilla de la quina de Caupolicán, Sorata, Yaracarés, Mojos y Chiquitos. El mismo gobierno (1837) prohibió cortar y explotar cascarilla durante cinco años a partir de enero de 1838 y dispone el saneamiento de Mizque con limpieza de canales.

En el Gobierno de Belzu (1850) se dictó la misma medida con duración de tres años y se dictan las primeras medidas para controlar el Paludismo, estableciéndose la “*quininización obligatoria*” que según documentos de la época “*el acrecentamiento de la mortalidad coincide con la época en que disminuye el caudal de los ríos*”⁵⁷

LA TUBERCULOSIS

No hay referencias acerca de esta enfermedad en el periodo del Protomedicato, pero si algunas como la de Néstor Morales Villazón, que en el XV Congreso de Higiene y Demografía de Washington, DC, en septiembre de 1912, dice: “*Consultando la páginas de la Historia Médica de mi país y muy especialmente del Departamento de La Paz, he obtenido la firme convicción de que hasta el año 1880, la bacilosis era desconocida..... A partir de los años 1876 y 1877 se empezaron a observar los primeros casos de tuberculosis indígena, con un carácter de extraordinaria gravedad.... La tuberculosis ha manifestado particular predilección por la raza indígena, en la que se ha presentado con mayor frecuencia que en la blanca o mestiza*”.

Valentín Abecia que ejerció la profesión en el asiento minero de Portogaleta, situado a 14.000 pies de altura, decía que no asistió a ningún caso de tuberculosis en el lugar en una población de 5.000 a 6.000 habitantes, pareciendo innegable la acción de la altura contra la tuberculosis. Es solo en los primeros años del 1900, que a partir de los estudios del Instituto Médico Sucre y el Instituto Nacional de Bacteriología, se ha de tener una idea cabal del problema de la tuberculosis en Bolivia.

LA FIEBRE AMARILLA

En 1856 una crónica de la época daba cuenta de un folleto publicado por el Dr. Manuel Cornejo sobre una epidemia destructiva de fiebre amarilla que se ha apoderado de las Provincias de Omasuyos y Larecaja del Norte de La Paz. Para el Dr. Cornejo como comisionado para la Provincia Omasuyos, esta epidemia desde hace cinco años recorría las costas occidentales de nuestro continente y había dominado más en los lugares intertropicales victimando a más de 350.000 seres humanos en toda la marcha, el Dr. Cornejo calculaba aproximadamente hasta 20.000 fallecidos en las tres Provincias, de las que aún no estaban contagiados muchos cantones⁵⁸. Para Manuel Balcázar la información tiene un tinte bastante inverosímil, al referirse a una población altiplánica donde por lo menos hasta ahora (1954) no se ha presentado ningún caso de esta enfermedad y que en esos tiempos se abusaba del diag-

⁵⁷ Sociedad Boliviana de Salud Pública. Historia y Perspectivas de la Salud Pública en Bolivia. Bolivia. 1989.

⁵⁸ Manuel Balcázar. Historia de la Medicina en Bolivia. 1954

nóstico de fiebre amarilla. Otra crónica de 1857 se refería a una grave epidemia de fiebre amarilla en el Brasil, Río de Janeiro y decía que *“fuentes gubernamentales confirmaron que el ex -presidente boliviano José Ballivián que abandonó el poder a fines de 1854 murió ayer víctima de la epidemia. Solo 13 personas acompañaron su cortejo, dice el informe”*.

En los primeros meses de 1887 (febrero) ante la aparición de una extraña y grave epidemia con alta mortalidad que hizo su aparición en la Provincia Cordillera del Departamento de Santa Cruz y que amenazaba extenderse a las Provincias de Tomina y Azero de Chuquisaca, el Gobierno pensando en una epidemia de Cólera organizó de inmediato la *“Comisión Médica del Oriente”*, conformada por los Dres. Federico de Peña, Avelino Oropeza y Romelio Carvajal. Por diversas circunstancias, recién la comisión pudo partir en marzo de la ciudad de Sucre, haciendo un largo recorrido por las Provincias de Monteagudo, Azero, Tomina y poblaciones de Cordillera, llegando en mayo a la población de Lagunillas. De los miembros de la Comisión (Historia de la Medicina en Santa Cruz de Jorge Garrett) enfermaron los Dres. Careaga y Oropeza, falleciendo este último. El Dr. De la Peña continuó su trabajo y en su informe final, piensa que la epidemia podría tratarse de un Tifus Cerebro espinal o Tifus meníngeo, ignoraba De La Peña que por encargo del jefe superior de la Expedición al Paraguay, el Sr. Thouar, los médicos Dr. Nicolás Ortiz Antelo y José Camo y Montobbio, miembros de la expedición, habían realizado un estudio minucioso especialmente en Abapó donde el número de muertos llegó a 25, entre todas esas localidades. De las numerosas hipótesis diagnósticas que se formularon concluyeron indicando que se trataba de una epidemia de Fiebre Amarilla, Tifus Icteroide o Vómito Negro. De las investigaciones que se hicieron sobre las fuentes de los testimonios orales entre los más ancianos se encontraron con referencias de que hacía más de veinte años (1867) Abapó fue azolada por una enfermedad parecida a la cual el entonces cura Don José Lorenzo Sánchez calificó de Fiebre Amarilla y estando presente en la epidemia, el cura de Abapó Padre Terrazona, que llegó a ser una de las primeras víctimas de la epidemia la llamó *“vómito negro”*.

Ortiz y Camo concluyeron sus observaciones cuando la Comisión Médica de Oriente, iniciaba su viaje de estudios, una falta de información y coordinación impidió que estos dos médicos cruceños pudieran realizar juntos el mismo trabajo.

El informe de los Dres. Ortiz y Camo fue presentado al jefe de la expedición Thouar al Paraguay fechada el 22 de marzo de 1887 en Iguasiriri.

EL COLERA

La epidemia de cólera azoló Europa en 1834 habiendo fallecido en París, Londres y Berlín 102.551 enfermos. En 1887 la epidemia cobró víctimas en Argentina, Chile y Perú y determinó una acción enérgica de nuestro país, dada por el Presidente Gregorio Pacheco, aún cuando no se presentó un solo caso (a fines de agosto de 1991 se presentaron los primeros casos, procedentes del Perú).

El Dr. Daniel Núñez del Prado, graduado en La Paz que había combatido la Fiebre Amarilla en Lima y otras epidemias en el Perú, varias veces Prefecto de La Paz, Decano de la Facultad de Medicina y Jefe del Protomedicato tuvo una acción relevante en esta ocasión. Contrariando públicamente la afirmación del Protomedicato *“de que Bolivia se encuentra libre de las epidemias de Fiebre Amarilla y Cólera porque sus grandes montañas son murallas que la defienden de la invasión”*, lanzó la voz de alarma y promovió una campaña de la prensa nacional, obligando al Protomedicato a que se dirija al Presidente de la República *“a afecto de que sea dictada una interdicción absoluta con la República Argentina y que se llame a los profesionales médicos a estudiar con profundidad el problema del Cólera”*.

El Decreto del 7 de enero de 1887 por Gregorio Pacheco no solo prohibió toda comunicación excepto la telegráfica con la Argentina, sino que encargó al Ministerio de Guerra el cumplimiento de la interdicción y la organización del Centro de Higiene y Vigilancia de los Consejos Municipales. Gracias a la valiosa contribución de Crónica Aguda de Rolando Costa Arduz, conocemos una serie de medidas preventivas de los médicos bolivianos, expuestos en folletos y publicaciones, adelantándose a la aparición del Cólera:

- Precauciones contra el Cólera, publicado en Sucre, por el Comité de Higiene y Vigilancia del Consejo Municipal,
- Reglamento dictado por el Consejo Departamental de Cochabamba, atribuible al Dr. Julio Rodríguez Morales.
- Ordenanza de Salubridad a Higiene dictada por la Junta Municipal del Chapare
- Boletín de la Junta Directiva de Higiene y Salubridad de La Paz, por los miembros de la Comisión Nicanor Iturralde y Ramón Zapata
- El Cólera, Cartilla higiénica, impresa en la Paz, firmada por el Dr. Nicanor Iturralde
- Profilaxis del Cólera, memoria presentada a la Junta de Sanidad del departamento de Oruro por el Dr. Zenón Dalence
- Profilaxis contra el Cólera, folleto publicado en Sucre, la primera parte suscrita por el cura Martín Castro y la segunda por el Dr. Gerardo Vaca Guzmán, oftalmólogo prestigioso que llegó a decano de la facultad.

- Los Preceptos Higiénicos, Socorros a los Enfermos en caso de Cólera, por el Dr. Manuel B. Mariaca, miembro de la Higiene Municipal, publicado en La Paz.

Zenón Dalence, como médico de Oruro, en esta oportunidad, se revela como uno de los profesionales más versados en la Higiene Pública de la época. En su Memoria no se refiere a preceptos higiénicos que por otra parte han sido ya divulgados enfoca sobre todo los aspectos epidemiológicos de la enfermedad y analiza la política internacional, al respecto y en relación a la interdicción, apoyándose en los puntos de vista del higienista español Pedro Felipe Monlan “*propugna desechar las medidas sanitarias coercitivas*” y propone medidas de organización antes que solo medidas de orden profiláctico

LA CUARENTENA

El Decreto firmado por Santa Cruz y dado a conocer el 7 de enero de 1835, establecía en Puerto La Mar una Junta de Sanidad que ya existía en las otras capitales del departamento, reglamentando su estructura y se ocupa de la cuarentena, la división de la cuarentena, de las partes o costas de la sanidad, de la duración de la cuarentena y de los derechos y costos del servicio. El reglamento determinaba los casos en que debía tomarse esta medida (la Peste Bubónica, la Fiebre Amarilla y el Cólera, eran las enfermedades más temidas)⁵⁹. Clasificaba los patentes de ingreso de las embarcaciones en “*Limpias, Rosadas, Sospechosas y Sucias*” según el tiempo de arribo de los barcos desde el lugar donde fueron atacados por alguna enfermedad contagiosa. Las embarcaciones calificadas de sucio debían anclar “*en un paraje separado de tierra y a sotavento*”, someterse a desinfección con “*cloruro de cal*” y vigilados por los botes de guardia con bandera a media. Los pasajeros debían permanecer en sus camarotes durante siete días y si alguno fallecía la cuarentena comenzaba nuevamente desde el día que ocurrió la defunción. En el decreto y su reglamento había participado Passaman como Protomédico de la República y el espíritu de la propuesta, según Rolando Costa Arduz se hallaba integrado a la propuesta de Mateo Seoane Sobral, ilustre médico español que al igual que Passaman emigró de España hacia Londres cuando la resistencia absolutista de Fernando VII⁶⁰.

LA SANIDAD MILITAR

La Sanidad Militar se origina durante la Guerra del Pacífico, con el “*Reglamento Orgánico para el Servicio Sanitario General del Ejército Boliviano de Operaciones en el Perú*”, preparado por el Cirujano Mayor del Ejército, Dr. Zenón Dalence. Este

⁵⁹ Juan Manuel Balcázar. Historia de la Medicina en Bolivia.

⁶⁰ Rolando Costa Arduz. Antecedentes y Desarrollo de la Legislación Sanitaria en Bolivia. La Paz. 1992.

Reglamento estaba concebido bajo el régimen de las Ambulancias según un artículo adicional a la Convención de Ginebra, modificado en París el 29 de agosto de 1867. De acuerdo a este documento la denominación de Ambulancias se aplica a los Hospitales en Campaña y a los Servicios Temporales, transportables que sigan a las tropas en los campos de batalla para atender allí a los enfermos y heridos.

Los acontecimientos que sucedieron antes y después de este hecho, han sido recogidos del trabajo de búsqueda histórica que hizo el Dr. Eduardo Ariñez Zapata, motivado por la actuación de su abuelo materno Mayor David Zapata, quien con el grado de Subteniente fue uno de los fundadores del batallón boliviano Loa en el Puerto entonces peruano de Iquique el 15 de abril de 1879.

La Guerra del pacífico comenzó el 14 de febrero de 1879 con la invasión sorpresiva del ejército chileno al puerto boliviano de Antofagasta que logró la retirada sin combatir del Prefecto, Coronel Severo Zapata y las autoridades políticas, la policía y la guarnición. La única acción de armas en territorio boliviano fue la de Calama organizado por el abogado Ladislao Cabrera, donde Eduardo Abaroa inmortalizó su nombre al inmolarse en defensa del Puente del Topáter, con 135 hombres apresuradamente reclutados, de los cuales 9 eran civiles y entre ellos, un médico, el Dr. Gregorio Saavedra que improvisó un puesto de socorro.

El Presidente Hilarión Daza, pasados los carnavales dictó el 24 de marzo de 1879, desde su cuartel general de La Paz la movilización del ejército boliviano a Tacna, disponiendo la organización del ejército de línea bajo su mando, con el detalle de su estado mayor, en cuya lista se nombran al Cirujano Mayor del Ejército, Dr. Donato Doria Medina y Director de Ambulancias, Dr. Constantino Doria Medina, inspector de los hospitales de sangre y ambulancias. Cumpliendo la orden de su Capitán General, el ejército salió de La Paz el 16 de abril y llegó a Tacna el 30 de abril, sin ningún tipo de auxilio médico ni sanitario.

Desde Tacna, el Sr. Serapio Reyes Ortíz, Secretario de Capitán General del Ejército se dirigió al Ministro de Gobierno mediante oficio del 25 de mayo de 1879, solicitando en vista del completo abandono de los servicios de sanidad y la imperiosa necesidad de organizar los servicios de ambulancia, por encargo del Capitán General, hacer un llamamiento a la piedad pública, por intermedio de todas las autoridades para que se logren su contribución y *“se crean cajas destinadas a este objeto, así como se recolecten hilos y vendas, etc, para proveer las cajas de ambulancias y los botiquines respectivos”*. La prensa comenzó a exhortar al pueblo para que contribuyan con sus óbolos a la atención de sus heridos y exaltando la labor de la Cruz Roja en estos casos, así como la contribución de otros países en homenaje a los sentimientos humanitarios.

En las batallas de Iquique, Pisagua, San Francisco y Tarapacá, las atenciones de los heridos la hacían las rabonas, mujeres que acompañaban a los batallones al servicio de la soldadesca, lo que se confirmó, por las partes del Dr. Zenón Dalence, en las que no dejaba de subrayar *“la carencia de ambulancias en nuestro ejército, motivó el que nuestros heridos quedaran abandonados en el campo a la piedad del vencedor... la creación de un cuerpo de ambulancias y depósito de inválidos del ejército era la satisfacción de una necesidad vivamente sentida por todos”*.

Acampado el ejército boliviano en Tacna para atender a sus enfermos alquiló una casa para hospitalizar a los enfermos. El movimiento de los hospitalizados en los meses de junio, julio y agosto de 1879 se presenta en el siguiente cuadro:

Movimiento Hospitalario	Junio	Julio	Agosto	Enfermedades dominantes
Ingresados	290	89	63	1° Fiebre tífica
Curados	209	84	74	2° Reumatismos
Fallecidos	18	10	10	3° Erisipelas
Quedan	63	58	37	4° Neumonías 5° Disenterías

Fuente: Datos del Dr. Ariñez Zapata

En La Paz el 7 de mayo de 1880 se daba cabida a las iniciativas del Gobierno y del Cuartel General de Tacna se organizó un Comité de Ambulancia, bajo la presidencia del Obispo Juan de Dios Bosque, actuando el Sr. Ventura Farfán, como encargado de recibir y remitir a Tacna las contribuciones en especies y como tesorero, Dr. Heriberto Gutiérrez, a quien se debía hacer la entrega de las contribuciones en dinero.

El Reglamento Dalence se publicó en Tacna, en la imprenta del Comercio, calle Bolívar N° 70, fue presentado a consideración del Alto Mando el 19 de febrero de 1880 y aprobado por Decreto Supremo el 22 de febrero del mismo año. El Reglamento consta de 30 artículos y sus dispositivos más importantes son los siguientes: *“La Dirección General del Servicio Sanitario del Ejército estaba constituido por una Junta Directiva, compuesta de cinco cargos: Director General de Ambulancias y Presidente del Comité: Dr. Zenón Dalence, Inspector General de Ambulancias y Vicepresidente, Dr. Abelardo Rodríguez, Intendente del Servicio de Ambulancias, Coronel Don Pablo Idiaguez, Director Religioso, Fray José M. Loza, Capellán General del Ejército; Inspector General de Rentas y Secretario del Comité, Don Julio Quevedo. Esta Junta Directiva fue posesionada el 23 de febrero por el General Juan José Pérez, Jefe del Estado Mayor, tres meses antes de la batalla última en que*

intervino el ejército de Bolivia, la Batalla del Alto de la Alianza. Los miembros de la Junta Directiva, no eran asimilados a grados militares pero “tenían las mismas obligaciones y prerrogativas de jefes de fuerza efectiva”. El reglamento determinaba también el uniforme de diario y de parada que debía llevar el personal del servicio sanitario.

El reglamento especificaba las funciones de los miembros componentes de la Junta Directiva. La estructura organizativa de las ambulancias establecía puesto fijo en ambulancias sedentarias, puestos móviles, con ambulancias volantes. Las atenciones eran para heridos y enfermos. Los heridos eran atendidos inmediatamente y evacuados a Tacna con las ambulancias móviles. A los enfermos si solo requerían medicinas se los atendía en su propio campamento, los de carácter grave eran trasladados a la ambulancia sedentaria. Quince días antes de la Batalla del Alto de la Alianza realizó la revista el Servicio Sanitario, es decir que hizo la designación del personal que afrontaría las emergencias en campaña. La plana mayor estaba constituida por los cinco miembros de la Junta Directiva en su calidad de jefes, siendo el Jefe Mayor, el Dr. Zenón Dalence, 15 facultativos y cirujanos, 48 camilleros ambulancia sedentaria, Inspectora de Cocina, Sra. Vicenta Paredes Mier, Hermana de Ambulancia, Sra. Ignacia Zeballos y ocho inválidos del combate de Tarapacá como vigilantes.

Por orden general del 10 y 14 de mayo, Zenón Dalence movilizó sus dos compañías de ambulancia destinando a la primera compañía volante al campo de Tocopilla y luego a la meseta del Alto de la Alianza, quedando la segunda en Tacna para prestar servicio en la ambulancia sedentaria. En su *“Informe Histórico del Servicio prestado por el Cuerpo de Ambulancias desde su creación en Tacna hasta la repatriación de su última sección de heridos”*, el Dr. Zenón Dalence, ha dejado el testimonio de su participación personal en la historia de las ambulancias en la Guerra del Pacífico, donde se inició la Sanidad Militar. Este informe fue presentado al Supremo Gobierno y a la Cruz Roja Internacional, fue editado en La Paz en la imprenta la tribuna, el año 1881.

El Dr. Eduardo Ariñez Zapata, nos dice en el epílogo de su trabajo⁶¹ *“que la labor de las ambulancias había terminado porque la retirada del ejército boliviano dio por terminada la campaña del pacífico, pero Dalence todavía tenía la misión de devolver a los heridos al seno de sus familias y así el 2 de julio de 1880, ordenó la primera evacuación de 60 heridos por vía Tacora, acompañado por el personal sanitario para su atención en el retorno”*. Se resalta la labor de las Sras. Ignacia Zeballos y Vicenta Paredes Mier, natural de Tocopilla, por su extraordinaria abnega-

⁶¹ Eduardo Ariñez Zapata. La Sanidad Militar en la Guerra del Pacífico. Archivos Bolivianos de la Historia de la Medicina. Vol I, N° 1. 1995.

ción, atendiendo a los enfermos y heridos, ambas pudiéndose haber marginado de la guerra cumplieron sumisión humanitaria en las ambulancias sin esperar ningún acto de gratitud.

La nueva organización después de la guerra de la Sanidad Militar se estableció por Decreto Supremo del Presidente Narciso Campero y por Belisario Salinas, Ministro de Guerra, pero este nuevo reglamento ya no tuvo ejecución en la campaña porque Bolivia forzada por la derrota del 26 de mayo tuvo que retirarse de la guerra.

LA CONSERVACIÓN Y PROPAGACIÓN DEL FLUIDO VACUNO

El Mariscal Santa Cruz, compartiendo la preocupación de Antonio José de Sucre sobre el combate a la Viruela, y siguiendo la posición de éste de impartir instrucciones para la conservación y propagación del fluido vacuno a todas las autoridades, llevado por su espíritu organizativo impartió una serie de dispositivos. Se trataba sobre todo de que las autoridades “cumplan todo su celo en promover los progresos de este *“preservativo”* contra los estragos que en estos países (se referían a los departamentos) produce la viruela.

En fecha 23 de enero de 1830, impartió órdenes a los obispos, a quienes les hacía conocer que *“desgraciadamente no había podido plantearse en toda la república la vacuna y su inoculación a pesar de los deseos y fuertes órdenes del gobierno.... Entre tanto la Viruela progresa y los párvulos, en especial indígenas perecen víctimas de su contagio y malignidad”*... Ante el conflicto que se presentaba, decía la orden, *“S.E. no había encontrado otra posibilidad que la de encargar su conservación y propagación en los cantones a los sacerdotes, ninguno mejor que ellos podían hacer este importante servicio cumpliendo con su mandato pastoral y la caridad evangélica”*. Se pedía que los sacerdotes sean instruidos por un facultativo en el modo de inocular y propagar la vacuna cada tres meses; informar al gobernador de la provincia sobre los vacunados y estado de la vacuna en sus parroquias y para lo sucesivo *“una de las principales recomendaciones y méritos de las parroquias sea el mayor número de feligreses que presenten vacunaciones”*.

A pesar de todas estas recomendaciones la vacunación no se había establecido con la intensidad recomendada, y el Mariscal de Santa Cruz, en mayo del mismo año, se vio obligado a impartir nuevas órdenes en términos más enérgicos. El Ministro del Interior Mariano Enrique Calvo decía en sus instructivos que S.E., el mismo Mariscal de Santa Cruz, había observado con gran sentimiento el descuido en todos los cantones del trayecto La Paz - Cochabamba, lo mismo que se había informado, sucedía en los demás de la República, *“parece que los encargados de vigilar muy poco penetrados de su importancia han olvidado enteramente y aun abandonados*

con desprecio de órdenes repetidas y que con acusar el recibo de ellas hubieran concluido, sin pensar que debieran ejecutarlas”. “Así que sin atender otra cosa que remediar el mal hasta aquí causando ordenaba el cumplimiento de lo siguiente: Los Prefectos en cuanto reciban estas disposiciones dispongan la salida de los vacunadores departamentales, a recorrer todas y cada uno de los cantones para instruir perfectamente el modo de inocular al cura, párroco u otro comisionado especial nombrado por el Corregidor que debían ser los vacunadores de la feligresía, a fin de que esta pueda precaverse cuanto antes de los ataques de la Viruela que actualmente arrasa en muchos puntos con un menoscabo de la población que es tan necesaria en Bolivia”.

Como tampoco estas recomendaciones tuvieron respuesta inmediata, un mes después, en junio, el Mariscal Santa Cruz a través de su Ministro Calvo, expedía una conminatoria, como consecuencia de las observaciones que había hecho el Mariscal Santa Cruz, en las Provincias de Yungas, Ayopaya y Chayanta, que acaba de visitar, con mucho dolor al encontrarse con los estragos que hacía la Viruela. Si esto sucede, decía la orden, *“en los lugares cercanos a la capital, S. E. Está presumiendo que sea mucho mayor el descuido del fluido vacuno en los demás de la campaña que se hallan más distantes de la influencia y la protección del gobierno. En esta virtud se dispone: que sin pérdida de momentos se de cumplimiento a la orden del 21 de mayo último, declarando como declara que será un capítulo de residencia contra los prefectos, gobernadores, eclesiásticos y curas, cualquier comisión de que se hagan culpables en este orden”.*

En 1832 al presentarse un brote epidémico de la ciudad de La Paz, el Gobierno tuvo que insistir en sus severas instrucciones. La orden del 18 de mayo de ese año, tuvo estos conceptos que bien pudieron repetirse hoy, dice Juan Manuel Balcázar en el año 1954⁶².

“Desde que existe la vacuna no deberían los hombres sentir la influencia de aquella enfermedad, si las autoridades llevaran sus deberes en un punto tan interesante como es el de la sanidad de los pueblos. Verdad es que los prefectos dan las órdenes, pero las más de las veces no se observan en la campaña, y de aquí resulta el abandono y los males”

Como la Viruela seguía extendiéndose en cantones, provincias y aún capitales de departamento y era *“muy doloroso observar que todas las medidas que había tomado el gobierno han sido frustradas por la indolencia de los funcionarios públicos, el 6 de junio de 1836, se ordenó:” no mandar pagar los sueldos sin que presenten el*

⁶² Juan Manuel Balcázar. Historia de la Medicina Boliviana, Capítulo IV. Epidemias y Principales Enfermedades. La Paz. Año 1956.

fluido en el brazo del cuerpo humano.... que tampoco se pague sueldo alguno a los vacunadores y maestro sin que acrediten que unos y otros han inoculado con buen resultado al menos de 20 a 80 personas en las capitales de departamento, 10 a 40 en las provincias y 5 a 20 en los cantones....que en el mes en que no se presente el fluido o la certificación de inoculación no se abone a los funcionarios expresados, sino el medio sueldo quedando privados de la otra mitad”.

Hasta 1846 circularon y se repartieron profusamente a autoridades y vacunadores, dos folletos: “*Instrucción Metódica para la aplicación de la vacuna*” del Dr. José Córdón y “*El Vacunador*”, transcripción del Dr. Bousquet de París, considerados como propagandas, medios de información para época. Según Juan Manuel Balcázar, esta propaganda sumada a la prédica constante de las autoridades, tenía que dar el resultado que se esperaba: la elaboración de una vacuna propia y su entrega ilimitada al pueblo. Esto iba a suceder después, al constituirse el Instituto Médico Sucre.

Las diferentes disposiciones trascritas, emergentes de las órdenes impartidas en el periodo de los Protomedicatos, en relación a la conservación y propagación del fluido vacuno son demostrativos de algunos hechos que dan configuración al nacimiento de la concepción de la epidemiología y de la salud pública, algunos de los cuales en el año 1954 son puntualizados por Juan Manuel Balcázar en su Historia de la Medicina en Bolivia y del primer libro escrito sobre epidemiología, *Epidemiología Boliviana*.

La Viruela en la época y las siguientes, es una epidemia con endemicidad fluctuante en Bolivia y la consiguiente aparición de brotes de gran magnitud y letalidad extrema. Es prioritaria para los gobiernos, quienes prestan la mayor atención y recursos y se la enfrenta mediante campañas (función epidemiológica frente a los brotes) en zonas determinadas por la endemia, demostrando la voluntad política del gobierno, “*pareciera haberse hecho una cuestión de Estado*” dice al respecto Balcázar. En la campaña participan todas las autoridades, desde corregidores de cantones, hasta los prefectos y los protomédicos y sus tenencias, aún cuando demostrando descuido e incompreensión y sobre todo falta de conocimientos sobre el problema. Se llega a formar los primeros vacunadores, quienes van a ser instructores de los párrocos y de los maestros, iniciándose también la participación de la comunidad. Al respecto Balcázar decía: “*A falta de médicos, vacunadores y enfermeras y aún existiendo ellos los párrocos pudieron y podían hoy mismo (1954) hacer un gran papel en la profilaxis de la Viruela, por sus vinculaciones con las clases humildes por la autoridad que llegan a crear entre unos y otros y sobre todo por el respeto a la iglesia y la fe a sus mensajes*”. Se tenía conocimiento sobre la necesidad de disponer y conservar el fluido, aún cuando era seguramente imperfecta. La vacuna no debía ser apta las más de las veces porque se la remitía desde Buenos Aires a Lima y desde Lima a

La Paz, Potosí, Cochabamba y Sucre, en condición muy precaria, ya que se desconocían las técnicas necesarias de conservación, propagación y el tiempo de duración.

Mediante una orden (agosto 1833) se ofreció un premio a quien presentara una “*vaca virulenta*” sospechando las ventajas de la verdadera vacunación, a base de cow-pox, sobre la variolización o sea el trasplante de brazo a brazo, del enfermo a sano que se infectaba constantemente.

Valentín Abecia en su Demografía Boliviana-Movimiento de la Población de la Ciudad de Sucre en 1884, en su capítulo vacunación daba la siguiente información estadística: “*Los vacunados i revacunados según partes remitidos por el vacunados han ascendido durante el año a 450 que se descomponen en esta forma: varones 273, mujeres 177, de uno a cinco 333, de cinco años adelante 117:*

<i>Promedio mensual vacunados</i>	39
<i>Brazos disponibles</i>	187
<i>Costras disponibles</i>	461
<i>Costras distribuidas en la ciudad</i>	117
<i>Costras distribuidas fuera</i>	70
<i>Tubos llenos de fluido</i>	25

“*De los 450 que fueron vacunados a 187 les prendió la vacuna, los 263 restantes no comparecieron por negligencia o porque no les prendió. Se ve que naciendo en Sucre cerca de 1800 por año, el beneficio de la vacuna solo alcanza a una tercera parte contando con los revacunados lo que demuestra, mui a las claras que en este orden tenemos mucho que hacer*”. Es posible que hubiese habido resistencia por parte de los padres para vacunar a sus hijos, como se demostró después en otro tipo de campañas, siendo necesario, una intensiva labor educativa a la población, lo que también se inició en la época con la difusión de los folletos del Dr. Cordón y el Dr. Bausquet, inaugurando la educación para la salud.

LOS HOSPITALES

Los reglamentos de Hospitales del Mariscal Sucre y el Libertados Bolívar, habían determinado transformaciones como la separación de los hospicios para ancianos “ociosos y crónicos”; un régimen económico y una dirección por Comités de Hospitales. Poco a poco, se fueron transformando de lugares donde sean cuidados los pobres enfermos y se ejercite la caridad cristiana en “*centros de tratamiento de la enfermedad*”. Esta transformación para Michel Foucault, no trató de medicalizar el hospital, “sino de purificarlo de los efectos nocivos que ocasionaban como que las

enfermedades podían propagarse a la ciudad (de ahí la concepción de salas de aislados), así como del desorden financiero y administrativo que era un poco perpetuo. La introducción de mecanismos necesarios disciplinarios en el espacio confuso del Hospital (1° Reglamento de Hospitales) permitió el desarrollo del Hospital como medio terapéutico⁶³. A esto contribuyó la Sanidad militar, desde el inicio de los pabellones militares en el hospital.

Los hospitales que se fueron creando durante la época de la República, en alguna manera están basados en las orientaciones de los reglamentos, que se fueron cada vez enriqueciendo a medida que la complejidad de este servicio aumentaba.

El primer hospital que se creó en el periodo del Gobierno de Andrés de Santa Cruz, fue el de San Juan de Dios de Santa Cruz, que se inauguró en 1834; el Dr. Leoncio Navas, natural de Sucre, fue su primer director, en 1840 se clausuró debido a una quiebra total y en 1845 el Gobierno de José Ballivián lo puso en funcionamiento ordenando la asignación de fondos suficientes. En 1846 en la ciudad de Tarija se fundó el Hospital de Lazarinas. El Presidente Córdova (1851 mandó a construir los Hospitales de Villa Lanza y de la Capital de los Yungas (Chulumani), cada uno con diez camas, primeros hospitales provinciales. El general Melgarejo (1867) ordenó la construcción de un hospital en Tarata, en el departamento creado por él en el “sitio que la prefectura tuviera a bien designar de acuerdo con la Junta de Obras Públicas de esa ciudad”. En el Gobierno de Narciso Campero (1882) se fundó el Hospital Viedma en Cochabamba y fue construido en una de las grutas que dejó en testamento Don Francisco de Viedma y Narváez y a donde se trasladó el pequeño hospital de San Salvador. El Presidente Gregorio Pacheco (1884) fundó el Manicomio en Sucre y su administración fue encargada a la Sociedad Humanitaria de San Vicente de Paúl, siendo su primer director el Dr. Nicolás Ortiz.

El reglamento de Hospitales dictado por Sucre (9 de febrero de 1826) tuvo algunos años de duración, a pesar que algunos hospitales comenzando por los de La Paz dictaron sus propios reglamentos.

El General José Ballivián (abril 1840) considerando que aquel reglamento “no puede ser aplicado con exactitud en todos los hospitales de la República, por cuanto encierran disposiciones que o no pueden tener lugar o son perjudiciales”, dictó un nuevo reglamento. Encargó la atención de los hospitales a las Juntas de propietarios mediante su sección de “Sanidad”, entrando en mayores detalles de los dispositivos, de los artículos del anterior, que casi no lo modificaron.

⁶³ Michel Foucault. Historia de la Medicalización. OPS/OMS. Educación Médica y Salud. Vol 11, N° 1- 1977.

En el Gobierno de Mariano Melgarejo (R.S. de 31 de marzo de 1864) se dispuso que *“los estudiantes de medicina sustituyan a los empíricos que atendían en los hospitales”*, aunque esta resolución se refería concretamente al hospital *“San Salvador”* de Cochabamba, era aplicable a todos de la república; esta disposición desterraba el empirismo que era dominante entonces. Por el decreto del 5 de marzo de 1865, asignó al Hospital de Varones de La Paz mil quinientos pesos mensuales *“sobre el producto de los derechos de la coca en lugar del noveno mayor y noveno y medio menor que le correspondía en los diezmos de la coca”*, Por ese tiempo a iniciativa de las damas de La Paz, se organizaron algunas sociedades de Juntas de Señoras Humanitarias Pro Hospital; una de esas juntas, la de *“Señoras de la Caridad”* fue encargada de al mismo tiempo que la Junta de Sanidad de intervenir en la inversión de los fondos asignados a los hospitales.

En 1868 Melgarejo a proposición de la Sociedad Humanitaria de San Vicente de Paúl de Sucre, propugnó la reforma del Reglamento de Hospitales, dando una serie de dispositivos que son un a prueba de la concepción de la época de la administración de hospitales: *“los hospitales son el asiento de las desgracias, sus puertas están abiertas para todo el que quiera acogerse a ellos... (objeto del hospital y tipo de admisión)... Las personas decentes pagarán seis reales diarios, los domésticos dos reales y los no pobres seis reales debiendo tener local separado (establecimiento de tarifas)...nadie podrá salir a la calle sin hallarse curado y sin orden de alta del médico (condiciones para el egreso de hospitalización)... es prohibida la entrada a toda clase de personas, solo los familiares de los enfermos podrán visitarlos jueves y domingos (visitas a enfermos)... Todos los días después de la visita de la mañana el médico y los alumnos de turno pasarán visitas de los enfermos que concurran a la portería, dando solo recetas a los que puedan curarse en sus casas (se establece así por primera vez la consulta externa o el consultorio público) y ordenando el ingreso de los que necesitan ocupar una cama en los salones (la hospitalización propiamente dicha)...no podrán practicar las grandes operaciones quirúrgicas sino a las once del día o a la una de la tarde (programación de cirugías)...se fijan los horarios para cada servicio y se hacen asignación de funciones según categorías de personal estableciendo normas para el destino de los cadáveres: nadie podrá reclamar los cadáveres de los individuos que fallezcan en los hospitales, si es necesario practicar la autopsia o deben servir en el anfiteatro para el estudio de los alumnos.*

El Presidente Aniceto Arce, con su pensamiento empresarial y productivo contribuyó enormemente a la organización de los hospitales. Conociendo de cerca las deficiencias y la mala atención que recibían los enfermos, creyó que lo que convenía era dotarlos del personal religioso que en otros países prestaban insustituibles servicios como administradores (donde principalmente estaba el problema de la mala atención), ayudantes de los médicos, enfermeras, farmacéuticas y auxiliares espirituales

de los enfermos. Con sus propios recursos el Presidente Arce después de laboriosas gestiones ante los gobiernos de Europa, consiguió el viaje de algunas “*Hijas de Santa Ana*” sucesivamente para los Hospitales de Sucre, Potosí, Cochabamba, Santa Cruz, Oruro y Tarija. La presencia de esta orden religiosa cambió completamente mejorando el régimen interno de los hospitales y ganando la confianza del pueblo. Con excepción de Sucre- donde por un desacuerdo con la “*Sociedad Humanitaria*” las “*Hijas de Santa Ana*” tuvieron que retirarse y ser reemplazadas en 1899 por las “*Siervas de María*”- las religiosas continuaron hasta hace pocos años prestando sus valerosos servicios, siendo sustituidas por otras órdenes religiosas, en hospitales también provinciales y algunos distritos dentro de las grandes ciudades.

Las Hijas de Santa Ana vinieron a La Paz a iniciativa y gestiones de Don Benigno Clavijo, vecino prestigioso y benefactor. El Consejo Municipal en 1878 encargó a ellas tanto la atención sanitaria como la administración de los Hospitales “*Landaeta y Loayza*”.

EL REGLAMENTO DE LOS HOSPITALES DE LA PAZ DE 1880

En 1880(14 de octubre) el Consejo Municipal de La Paz, aprobó el reglamento de Hospitales presentado por Venancio Burgoa y Manuel B. Mariaca y para *que “surtan sus efectos”* autorizó su edición y publicación por la prensa⁶⁴.

Este reglamento, para los hospitales del Departamento de La Paz está organizado en 11 secciones que tienen que ver con:

1. **Disposiciones Generales** que corresponde a los deberes y obligaciones y también derechos que tienen los enfermos.
2. **Las Salas de los Enfermos**, en donde se especifica que el hospital de varones se divide en cuatro salas con nombre de santos, la de San José exclusivamente para incurables; en el hospital de mujeres se dividen en seis salas, también con nombre de santos. Para los contagiosos se reservarán salas especiales según indicaciones del médico, aprobado por el inspector y se dan las normas para sus usos.
3. **El Municipio Inspector**, como delegado del Consejo Departamental es el Jefe de los Hospitales y ejerce autoridad en ellos sin excepción y de personas y se especifican sus atribuciones.

⁶⁴ Consejo Municipal de La Paz. Reglamento de Hospitales-votado por el Consejo Departamental de La Paz en 1880. La Paz-Tipografía Religiosa. 1880.

4. **Del Médico**, entre los deberes que tiene se señalan “examinar y prescribir medicamentos, ejecutar por sí las operaciones quirúrgicas, tratar a los enfermos con suavidad i dulzura i obligar a sus subalternos a hacer lo mismo” y otros de carácter administrativo
5. **De los Practicantes**, se ocupan de los deberes tanto del practicante externo como del interno, determinando que los practicantes externos son los vacunadores natos de la población y además de vacunar propagarán y conservarán el fluido vacuno.
6. **Del Boticario**
7. **Del Capellán**
8. **De las Hermanas de la Caridad**, son las que después del Inspector a cuyas órdenes están subordinadas, mediante la Supervisora ejercen autoridad en el hospital.
9. **De los Portereros**
10. **De los Cocheros**, encargados y responsables de los carros, arneses, caballos o mulas y la conducción de los cadáveres.
11. **De los Subalternos del hospital**, que están todos bajo las órdenes de las hijas de Santa Ana.

EL DR. ZENÓN DALENCE Y LA PROPUESTA DE REFORMA SANITARIA DE 1864

El año 1864, el Dr. Zenón Dalence, médico orureño, titulado en Sucre con su tesis “*La Medicina Moderna*” y que prestaría después valiosos servicios a la Patria en la Guerra del pacífico, como Cirujano Mayor del Ejército, Director de las Ambulancias, “*nombrado Meritorio de la Guerra del Pacífico*” por la convención de 1880, propuso en su tiempo la primera Reforma Sanitaria. Ante el estado de crisis que se encontraba el Hospital de San Juan de Dios de Oruro, solicitó al supremo gobierno “*servir por un año el cargo de Médico Titular de la ciudad, cediendo su sueldo en beneficio del Hospital*”. Como esta su solicitud suscitó comentarios y discusiones “*del objeto que se propuso con dicha solicitud o falta de espíritu público y mezquindades*” según sus propias palabras, “*para que tales contendientes dejen la arena de los sofismas*”, presentó ante el público el documento “*Necesidad de una Reforma Sanitaria y Breves Indicaciones sobre el modelo de realizarla*”⁶⁵. El documento partiendo del diagnóstico de la crisis que pasaba el hospital, propone una

⁶⁵ Zenón Dalence. Necesidad de una Reforma Sanitaria, Imprenta del Estado administrada por Domingo Vargas. Oruro, marzo 1864.

serie de medidas, que podían haber sido aplicadas al resto de los hospitales del país. Para la época constituye el documento lo más avanzado en la concepción de los ciclos evolutivos de crisis, reestructuración y renovación que experimentan las organizaciones de salud, a través del tiempo y en los que hay que tomar decisiones inmediatas. Sus enfoques de los conceptos de la Policía Médica, las Municipalidades y el Protomedicato, lo que el llama, “*la hospitalización domiciliaria*” (considerada en el Reglamento de Melgarejo) y sus implicaciones en los cobros, los gastos que analiza y la constitución de las necesarias organizaciones de comisión de caridad y beneficencia que propone frente a la empleomanía sin mérito, son algunos de los temas que plantea, en un primer intento racional de una reforma sanitaria.

EL DR. ANTONIO VACA DIEZ Y LA ESPUNDIA EN BOLIVIA

Al Dr. Jorge Garrett Ayllón le corresponde el mérito de haber descubierto que el Dr. Antonio Vaca Diez fue el profesional boliviano que realizó la primera observación científica sobre la espundia, conocida como Leishmaniasis Cutánea Mucosa. El Centro Nacional de Enfermedades Tropicales (CENETROP) con sede en Santa Cruz, dentro de sus programas de investigación científica del problema de la Leishmaniasis en nuestro medio, publicó en su boletín informativo (Número Unico, Vol IX de 1983) una reseña histórica titulada “*La Espundia en Bolivia, Observaciones del Dr. Manuel Antonio Vaca Diez*”, cuyo autor es el Dr. Garrett, quien nos da a conocer la existencia de un manuscrito inédito escrito por el Dr. Vaca Diez en el año 1876, que gentilmente le habría sido proporcionado por el nieto de su autor, su colega el Dr. Oswaldo Vaca Diez Santibáñez, donde hacía una descripción de la Espundia, “*siendo esta la primera observación científica que se hacía de la enfermedad*”. En su artículo el Dr. Garrett transcribe íntegramente a la letra, la parte del documento a la que se hace referencia. Seis años después esta misma reseña histórica del Dr. Garrett aparecía publicada en la Reseña Crónica Aguda (año II, N° 8, 1989). El Dr. Rolando Costa Arduz director de esta revista, verdadero mecenas de la cultura médica boliviana, consiguió la autorización de los descendientes del Dr. Vaca Diez para la publicación de sus manuscritos que gentilmente fueron proporcionados por el Dr. Garrett. La Publicación salió para su distribución como suplemento del N° 81-88 de la Revista Crónica Aguda en agosto de 1989, correspondiente a la serie que se iniciaba de Biblioteca Médica Boliviana N° 1, con prólogo del Dr. Garrett, con su título original “*De Santa Cruz a Reyes, crónica de un viaje*”, por Antonio Vaca Diez, impreso en pequeño formato en LIV páginas incluida una fotografía.

La crónica del viaje del Dr. Vaca Diez, no solo se limita a la descripción a veces detallada de los aspectos geográficos, económicos y de la producción de recursos naturales, caña de azúcar, cacao, ganado, corteza de la quina, goma, etc, sino que también tiene alcances de análisis y reflexiones sobre los aspectos psicológicos, políticos y sociales de gran significación para el futuro del destino del país, tan válidos, entonces, como ahora, por ejemplo cuando dice: “*la riqueza que constituía*

nuestra herencia la hemos disipado, quedando la nación como una niña huérfana que necesita protección porque no puede vivir por si sola – el dinero le ha faltado y no tiene oficio – no trabaja”.

En las páginas XLI y XLII de su crónica de viaje hace la descripción de las características epidemiológicas, clínica, diagnóstica y de tratamiento de la Espundia, de la que por los estudios históricos y antropológicos se sabía que era conocida desde la época precolonial por sus representaciones en artefactos de arcilla, cerámica y huacos y que en nuestro país, entonces era denominada anti-onkoy por los indígenas altiplánicos y posteriormente fue conocida por los españoles como Mal de los Andes, debido a que ocurría en los valles de los Yungas de La Paz que quedan en los Andes (Recacochea. CENETROP. Vol IV, año 1983). La observación que presenta en su crónica de viajes venía a ser la primera prueba realizada por médicos bolivianos, ya que las que se conocían como tales correspondían a casos observados en la Guerra del Acre (1903-1904) o sea 27 años después.

Esta pieza epidemiológica descriptiva, define el carácter endémico y la tipificación de la enfermedad cuando dice: *“En este pueblo Reyes reina una enfermedad que es endémica, no solo ahí, sino también en Tunupasa, Ixiamas y Apolo, es una úlcera indolente y sarnosa de carácter muy diferente a las venéreas y de otras causas: se llama Espundia”.* Hecho el diagnóstico diferencial con la sífilis, sobre los casos observados (*“he tenido mucho casos en los cuales he observado la enfermedad”*) describe su evolución en sus dos periodos de úlcera cutánea, a la ulceración de la pituitaria paladar, faringe, laringe que es característica de la enfermedad. *“Esta enfermedad tiene una especialidad que le es característica: de afectar la pituitaria al cabo de algún tiempo después de apoderarse del individuo. La úlcera salta de los pies o de las extremidades superiores donde regularmente aparece a la nariz, éste es el órgano predilecto por la Espundia”.* Es indudable que en los 12 días que estuvo en Reyes no pudo observar la evolución de la enfermedad que requiere sino meses, años para pasar de la etapa cutánea a la etapa mucosa. Después de hacer consideraciones de orden terapéutico y diferenciarla de la sífilis, nos dice que *“a la Espundia yo la he bautizado con el nombre de úlcera vesicular por presentar constantemente vesículas llenas de líquido viscoso. Esta úlcera tiene un virus amarillo casi imperceptible que muchas veces se presenta a la simple vista”.* Después de estas últimas imprecisiones de sus observaciones termina con el compromiso de *“me ocuparé en una memoria médica especial de esta enfermedad”.* Sus actividades parlamentarias, industriales y su temprana muerte no le dejaron cumplir con este deseo.

CAPITULO TRES



**LOS HIGIENISTAS, PRECURSORES DE LA SALUD PUBLICA.
LOS TRIBUNALES MEDICOS, 1893-1906**

Entonces las medidas sanitarias y de higiene pública no podrían ser el fruto de comisiones científicas, hasta que hoy, los Tribunales Médicos; por fin! compuestos por profesionales son los asesores de los consejos municipales”.

Dr. Valentín Abecia

“Las medidas de la higiene no deben ser libradas a la mera rutina, es necesario ser más científicos y procurar, como deber ser, usufructuar en la medida de lo posible de lo que esa ciencia nos enseña y cuyos conocimientos están en la obligación de proveerlos”.

Dr. Elías Sagárnaga.

CONSERVADORES Y LIBERALES. LA GUERRA FEDERAL Y LA CAMPAÑA DEL ACRE.

En el periodo de los Tribunales Médicos, en el que transcurren trece años de la historia de la república, se sucedieron tres gobiernos constitucionales, dos conservadores y uno liberal. Mariano Baptista, conservador, gobernó el país de 1892 a 1906; nacido en Cochabamba y educado en Sucre abogado, brillante orador, asumió el cargo por elección directa resuelta por el Congreso en vista de que no había alcanzado la mayoría absoluta sobre su opositor, Eliodoro Camacho, del partido liberal. Su gobierno se caracterizó por la defensa del régimen de derecho y el establecimiento de Normas de vida ciudadana de acuerdo a la constitución; es considerado como una de las personalidades del siglo XIX; de él decía Daniel Salamanca: “es la más noble y grande figura que nos presentan la historia patria”⁶⁶. Don Severo Fernández Alonso, del partido conservador, nacido en Sucre, estudiante de teología y derecho, abogado, ganó las elecciones por mayoría absoluta al General José Manuel Pando, liberal y gobernó el país de 1896 a 1899. Trató de gobernar conciliando con el partido liberal que ya había formado mayoría y tuvo que enfrentar el problema de la Guerra Federal. El conflicto se inició con la imposición de la ley de “radiatoria” por la que el poder ejecutivo quedaba inamovible en la ciudad de Sucre que Alonso no pudo detenerla y hasta tuvo que promulgarla. El departamento de La Paz, sintiéndose ofendido, en un cabildo, planteó la forma Federal de Gobierno, formando una junta compuesta por Serapio Reyes Ortiz, Narciso Puebla y el General José Manuel Pando (1897). Llegando hasta el enfrentamiento en los campos de batalla del Segundo Crucero las tropas del gobierno fueron derrotadas. Alonso se refugió en la embajada de Estados Unidos y se exiló al Perú y la sede del Gobierno se trasladó a la ciudad de La Paz. El General José Manuel Pando, triunfador en los campos de batalla, con las tropas del partido liberal ayudados por los indígenas al mando de Pablo Zárate, el Temible Wilka, fue proclamado presidente de la República, en la Convención de Oruro, que dejó a un lado el federalismo e instruyó el apresamiento del líder indígena y de sus principales jefes.

José Manuel Pando, estudiante de medicina hasta el quinto año, se retiró definitivamente de la carrera al producirse la revolución de 1870 siguiendo la carrera de las armas, alcanzando el grado de General del Ejército Boliviano gobernó el país de 1890 a 1904.

Su gobierno con el apoyo de liberales e incluso conservadores alcanzó algunos grandes logros en el fomento de la agricultura, la infraestructura caminera y ferroviaria, el fomento de la investigación, la geografía, demografía y estadística y tuvo que en-

⁶⁶ Mariano Baptista Gumucio. Historia Gráfica de Bolivia. Ministerio de Educación. 1970.

frentar la campaña del Acre. Sofocado el movimiento separatista de formar una república del Acre, por el ministro de Gobierno Ismael Montes, enfrentado el problema de declaración de litigio a la empresa “*Boliviana Sindicato*” por el gobierno del Brasil y ante el levantamiento de otros grupos subversivos por Plácido Castro, el presidente Pando tuvo que ponerse en campaña. Frente a la amenazante actitud brasileña de franca agresión que movilizó sus tropas sobre la frontera, tuvo que firmarse un “modus vivendi” en virtud del cual las tropas bolivianas no pasarían del río Orton, ni las brasileñas del Río Acre. Bolivia perdió 191,000 Km.² del territorio ⁶⁷.

LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA

En 1899 finalizado el siglo XIX, la convención nacional reunida en Oruro, sancionó la ley del 22 de Octubre que reconoce la Constitución de 1880, pero declara que la Convención podrá efectuar reformas solo “*por simple mayoría de votos*” y “*sin sujeción a los trámites establecidos por ella*”⁶⁸. La actitud extremadamente pasiva con relación a la salubridad no se modificaría hasta la constitución de 1938, en las que se produce el cambio del constitucionalismo liberal, al constitucionalismo social.

LOS TRIBUNALES MEDICOS

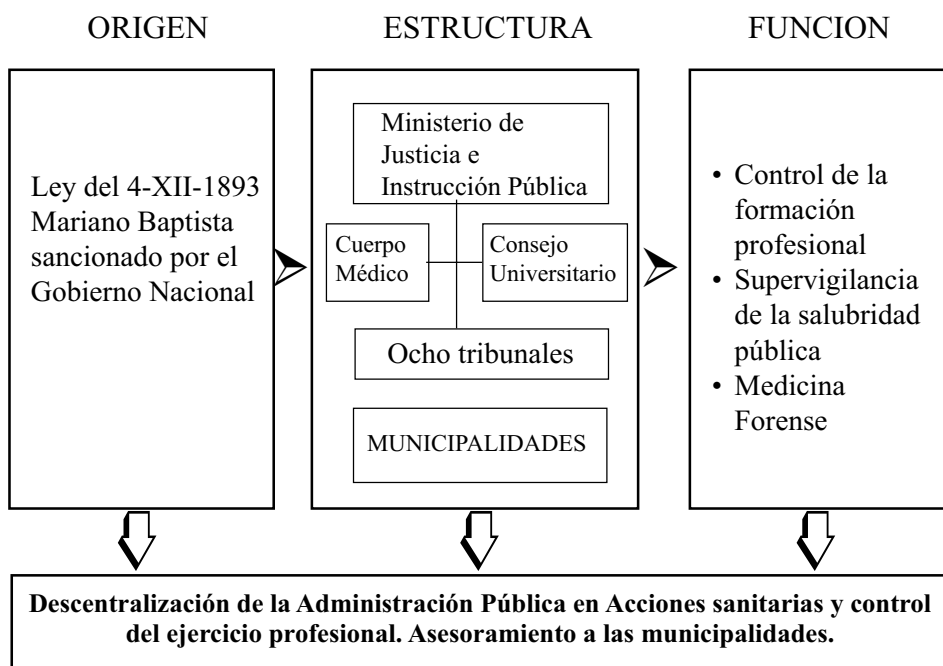
La ley del 4 de Diciembre de 1893 de Mariano Baptista, Presidente Constitucional y su ministro de Justicia e Instrucción Pública, E: Tovar, aprobada en la sala del Congreso Nacional en La Paz, el 19 de Diciembre de 1893 siendo su presidente Severo F. Alonso crea en cada capital de departamento un Tribunal Médico.

Su estructura organizativa (capítulo primero de la ley) establece su dependencia “*del Ministerio de Instrucción Pública y Justicia*”. *El departamento del Beni solo tendrá un delegado subordinado al tribunal médico de Santa Cruz. El tribunal médico se compondrá de tres vocales propietarios y dos suplentes, nombrados por el cuerpo médico de cada capital, asociados del consejo universitario, debiendo el ejecutivo expedir los nombramientos. Tendrá elegidos de su seno un Presidente y un Secretario, cuyas funciones durarán un año pudiendo ser reelegidos. Cada tribunal médico dictará su propio reglamento interno. El tribunal médico tendrá un auxiliar y un portero alguacil, nombrados por el presidente de este tribunal y dotados por la nación. Se asigna al tribunal médico la suma de veinte bolivianos mensuales del tesoro departamental para útiles de escritorio*”.

⁶⁷ Humberto Vásquez Machicado y Col. Manual de Historia de Bolivia. Ed. Gisbert. 1988.

⁶⁸ Valentín Abecia Baldivieso. Historia del Parlamento. Tomo II. Segunda Edición. Congreso Nacional. 1999. La Paz.

LOS TRIBUNALES MEDICOS



Las atribuciones de los tribunales médicos (capítulo segundo del decreto) señalan catorce fundamentales y varias complementarias y de procedimiento que hagan posible su cumplimiento. Las atribuciones fundamentales son de carácter de control y supervigilancia, de la formación profesional y su ejercicio; de la práctica del ejercicio profesional, de boticas y expendio de remedios y de las alcaldías en sus funciones de salubridad pública:

1. Formar parte de los tribunales examinadores para recibir las pruebas (exámenes) al tener los estudios universitarios de los que pretendan ejercer la profesión médica quirúrgica y las demás especialidades anexas a la ciencia de curar, para que, en vista del certificado respectivo, les expida el gobierno su título en provisión nacional.
2. Revisar los diplomas de los profesionales extranjeros en la ciencia de curar y recibirles los exámenes correspondientes.
3. Examinar a los flebotomos, dentistas, quirodentista, matronas, etc. y concederles licencia, sin cuyo requisito nadie podrá ejercer estas profesiones.
4. Prohibir la venta de remedios secretos o nuevos que no estén autorizados por el tribunal.

5. Cuidar de que ninguna de las profesiones de las ciencias médicas, sea ejercida por los que carecieren de título legal conforme a esta ley.
6. Velar por que los profesionales (profesores) de las ciencias médicas, cumplan estrictamente con los deberes de su profesión y observen las leyes relativas a ellas; imponiéndoles una multa en caso contrario y a su juicio una multa que no pase de cincuenta bolivianos.
7. Indicar a las municipalidades la inspección de los hospitales, cárceles, cementerios, conventos y otros establecimientos públicos, así como de los domicilios en caso preciso para que tome las medidas necesarias a la Salubridad Pública.
8. Visitar las boticas por lo menos semestralmente asociado a la comisión municipal.
9. Dirigir la parte técnica en las construcciones de los hospitales, lazaretos, manicomios, enterratorios y demás establecimientos insalubres en las capitales de departamentos así como en las provincias.
10. Supervigilar el servicio médico en los hospitales, lazaretos, manicomios, casas de reclusión y de beneficencia.
11. Fijar el horario médico, si hubiese contención, por falta de convenio anticipado.
12. Formar el rol del servicio médico y farmacéutico nocturno.
13. Dictar de acuerdo con las municipalidades, el reglamento de boticas en su respectiva circunscripción.
14. Formar el petitorio farmacéutico al que deben sujetarse los boticarios.

Entre las atribuciones complementarias y de procedimiento entre otras se señalan la posibilidad de dirigirse al gobierno por intermedio del ministerio del ramo para proponer las reformas que crean necesarias con relación a esta ley, y la facultad que tiene de requerir el auxilio de la fuerza pública para hacer efectivas las disposiciones emanadas de esta ley y la de indicar a las municipalidades todos los medios que sugiere la ciencia para propagación y conservación del fluido vacuno.

Los tribunales médicos nombran un delegado mediante un título en forma, en cada provincia donde existen médicos recibidos. El de Santa Cruz nombrará el delegado del Beni, quienes tienen como atribuciones las señaladas en los punto 4, 5, 6 y 7 y darán cuenta al tribunal de todos sus actos y procedentes (artículo tercero).

El artículo cuarto establece que en cada capital de departamento donde existe tribunal médico, habrá dos médicos forenses nombrado por el gobierno a propuesta de terna del tribunal para los reconocimientos médico legales y cuya dotación se asignará en el presupuesto departamental. En Trinidad y capitales de provincias donde haya médicos titulares, estos desempeñarán el servicio de médicos forenses.

En el capítulo quinto correspondiente a las disposiciones generales, donde se dan indicaciones aclaratorias para la mejor interpretación y ejecución de la ley relacionada con las atribuciones y sus procedimientos, el artículo 23 dice “*queda derogado el reglamento del Protomedicato de 1846 y todas las disposiciones opuestas a la presente ley*”.

Al instalarse los tribunales médicos, reemplazando a los Protomedicatos, se destacan determinadas diferencias que dan cierta particularidad a esta nueva organización sanitaria: con relación a su dependencia, los protomedicatos dependían del Ministerio de Gobierno, los Tribunales Médicos dependen del Ministerio de Justicia e Instrucción Pública, los protomedicatos debían intervenir sobre todo en la Higiene Pública y el combate a las enfermedades, así como en su participación en la formación profesional, los tribunales médicos, tienen más atribuciones, en la aplicación de la ley en la formación y el ejercicio profesional y en menor grado esta a su cargo la supervigilancias de las municipalidades encargadas de la Salubridad Pública. Si en las atribuciones no hay variaciones significativas conceptuales sino de las dimensiones en la responsabilidad de las acciones sanitarias, la creación del servicio médico forense y los delegados médicos en las provincias donde existen médicos titulares, deben ser consideradas como avances en la organización sanitaria de la época.

Para el Dr. Ezequiel Osorio, los tribunales médicos representaron una iniciativa de la descentralización de la administración pública. En su Historia de la Sanidad en Bolivia, nos dice “*Fruto de la tendencia de la descentralizadora en la administración pública fue la creación de los Tribunales Médicos en los departamentos sin una cabeza dirigente. La ley del 4 de Diciembre de 1893 les dio consistencia. Su objeto y fines eran entender con todo lo que se refiere al ejercicio de la medicina y la farmacia en todos sus ramos*”.

Desde el mencionado año hasta 1907 (Ley del 5 de Diciembre) los Tribunales Médicos de la República, desempeñaron casi siempre a satisfacción general sus funciones de autoridades profesionales y de examinadores de alumnos y médicos⁶⁹.

⁶⁹ Ezequiel Osorio. Servicio Sanitario Nacional. Revista del Instituto Médico Sucre. Enero a Febrero de 1928. Sucre.

Valentín Abecia, que generó y vivió el proceso de la organización sanitaria en el país, afirmaba al referirse a las Juntas de Sanidad: *“Entonces las medidas sanitarias y la higiene pública no pudieron ser el fruto de comisiones científicas hasta que hoy los tribunales médicos al fin, compuestos por profesionales son los asesores de los consejos municipales”*. Sin embargo, su espíritu visionario le hacía ver más allá *“Con todo es de indispensable necesidad que se organice un Consejo Nacional de Higiene o Junta Suprema de Salubridad y se dé una Ley de Sanidad Pública, debiendo los tribunales médicos ser los brazos auxiliares y sin perjuicio de ejercer la política médica”*. Estas sus ideas se cristalizarían en parte al constituirse la Dirección General de Sanidad, al iniciarse el siglo XX. Para Valentín Abecia *“El alto cuerpo que debe precautelar la salud de los ciudadanos y dirigir las cuestiones higiénicas debe ser una corporación nacional bien organizada, con todos los elementos precisos y cuya acción se irradie hasta los últimos confines del territorio”*⁷⁰.

Anunciaba así para el futuro la conformación del Ministerio de Salud y la institucionalización del Servicio Nacional que brindara atención a toda la población, proceso que se inició en 1938 con el constitucionalismo social, al crearse el Ministerio de Higiene y Salubridad y que hasta hoy en el país, como en los otros de la Región de las Américas, continua evolucionando dentro de las propuestas de las reformas en salud actuales. Abecia en Sucre, fue presidente del Tribunal Médico desde su creación hasta 1897 en que fue relevado por Gerardo Vaca Guzmán ⁷¹.

Para Juan Manuel Balcázar, coincidente con el pensamiento de Osorio y Abecia acerca de la significación de los Tribunales Médicos *“por primera vez intervino directamente el cuerpo médico en las designaciones; y prácticamente el Ejecutivo delegó en él, su atribución constitucional de nombrar funcionarios”*. En opinión de Rolando Costa Arduz *“en suma tanto la nueva ley como el cuerpo médico y el gobierno diluían sus preocupaciones en aspectos relativos al control del ejercicio médico en tanto no había una atención por sostener un sistema de control sanitario, de ahí que no se adoptaron previsiones presupuestarias, ni regulaciones reglamentarias pertinentes”*.

LA OFICINA DE INMIGRACIÓN, ESTADÍSTICA Y PROPAGANDA GEOGRAFICA

Por decreto del 21 de Diciembre de 1896 estando de Presidente de la República Severo Fernández Alonso, se creó el primer organismo nacional encargado de la recolección, presentación y análisis de los hechos vitales, bienes y servicios que ocurren en una población con el nombre de OFICINA DE INMIGRACIÓN, ESTA-

⁷⁰ Valentín Abecia. Algunos datos sobre la medicina y su ejercicio en Bolivia.

⁷¹ José María Araujo. Historia de la Medicina en Bolivia. Revista del Instituto Médico Sucre. 1926.

DISTICA Y PROPAGANDA GEOGRAFICA que realizó una labor muy útil y eficiente por mucho tiempo.

Antes de esta organización los censos se habían ocupado de registrar el número de habitantes con algunas especificaciones de sexo, edad, nacionalidad, ocupación y “casta”; no se había dado importancia a los otros aspectos de la vida nacional, en lo económico, social y cultural y no se había mencionado el aspecto sanitario. La creación de esta oficina dio oportunidad de tener información, de inmigración y disponer de algunos datos sobre el movimiento de enfermos en el manicomio, los hospitales, los asilos y la beneficencia. Otro decreto, del 29 de diciembre de 1899 de José Manuel Pando, en plena “Revolución Federal” dispuso su reglamentación, encontrándose entre sus dispositivos uno que se refiere a la Estadística Moral de la que se dice: “Esta división comprende a la clasificación más concreta de los hijos legítimos e ilegítimos, los suicidios, expósitos, estado eclesiástico, acciones virtuosas, Casas de maternidad, espectáculo, diversiones y sociedades de recreo con la indicación de los pormenores del caso”. Dos años después de la creación de la oficina de “inmigración y estadística...” se dictó la ley y el reglamento (26 de noviembre de 1898 y 16 de diciembre de 1900) que establece el Registro Civil. La ley establecía el registro obligatorio de las diversas circunstancias de la vida civil desde el nacimiento hasta la muerte, las obligaciones de los notarios, los efectos legales del registro de los libros de registro, el procedimiento para las inscripciones y extensión de certificados. Sobre la base de estos valiosos instrumentos se procedió a levantar el censo de 1900 el más completo y técnico hasta entonces. El resultado fue de 1.816,271 habitantes, se lo aprobó por Decreto Supremo el 5 de Diciembre de 1902.

El siguiente cuadro comparativo a pesar de la imperfección de los censos nos da una idea del tamaño y crecimiento de la población en esos años por departamentos.

Población de Bolivia según censos por departamentos. 1831-1900

Departamentos	1831	1835	1845	1854	1882	1900
La Paz	348,142	373,587	412,867	593,779	346,139	445,616
Beni	41,288	(1)	48,406	114,922	16,744	32,180
Oruro	84,100	111,000	95,324	91,751	111,372	86,081
Cochabamba	226,727	162,401	279,048	382,919	176,760	328,163
Santa Cruz	43,775	54,381	75,672	255,599	97,185	209,592
Potosí	192,155	226,320	243,263	254,728	237,755	325,615
Chuquisaca	112,590	94,990	156,041	349,119	123,347	204,434
Tarija	36,215	32,975	63,800	277,724	62,854	102,887
Litoral	3,836	5,123	4,520	5,585	0	0
	1,088,768	1,060,777	1,378,896	2,326,126	1,172,156	1,816,271

Fuente: José Manuel Balcázar. Historia de la Medicina.

LA ENSEÑANZA MÉDICA

En el período de Gobierno de Mariano Baptista a los pocos días de instalada la Facultad de Medicina en Sucre, el 4 de Febrero de 1892, se reinstaló la Escuela Oficial de Cochabamba, en las mismas condiciones de la de Sucre y también con tres profesores únicamente: Serapio Quiroga, Mariano Virreyra y Cleómedes Blanco (En Sucre, por ley del 1° de Febrero de 1892 los profesores nombrados fueron Gerardo Vaca Guzmán, Manuel Cuéllar y Héctor Vásquez).

En Potosí, según Manuel Balcázar después de un movimiento de opinión favorable se procedió a abrir otra Escuela de Medicina con aprobación del Rector el Gobierno autorizó su instalación, con el plan de estudios de Sucre. En 1896 se graduó el primer egresado José N. Nogales, le siguieron en años sucesivos Natalio Aramayo, Benjamín Eguivar, Miguel Torres, G. Apolinar Mendizábal, Alejandro Rosso. No teniendo estudios especiales de Odontología y Farmacia, Tribunales Abdoc, recibieron los exámenes profesionales de un dentista Carlos Hansen y un Farmacéutico, Manuel A. Wilde, en 1898 y 1900 a fines de este año se extinguió la facultad.

Al crearse los Tribunales Médicos “*cancelando los Protomedicatos*”, el 4 de diciembre de 1893, constituido por tres miembros, nombrados por el cuerpo médico de cada capital, asociado al Consejo Universitario, por primera vez intervenía directamente el cuerpo médico en las designaciones y prácticamente el Gobierno en su ramo ejecutivo delegaba en el atribuciones constitucionales de nombrar funcionarios.

Con el propósito de mejorar la organización de las Facultades de Medicina se dictó el Decreto del 25 de Abril de 1898 de Severo Fernández Alonzo que dio al país un reglamento orgánico de la facultad oficial de medicina formulado por el Instituto Médico Sucre y revisado por las universidades de Chuquisaca y La Paz. Este reglamento conjugó el resultado de las propuestas anteriores y seleccionó las disposiciones que habían dado buenos resultados en la práctica y fijó una pauta definitiva para la enseñanza de la medicina que durante muchos años permaneció inamovible. Entre sus disposiciones importantes están la creación de dos clases de profesores, titulares y auxiliares, organización de laboratorios y de trabajos prácticos, gabinetes y museos de anatomía normal y patológica y de historia natural, además un anfiteatro de anatomía y un jardín botánico. Durante este año, Claudio R. Aliaga, instaló en La Paz un nuevo curso para “*matronas*”, con un breve y resumido Plan de Estudios. En el primer año dictaban anatomía y fisiología del embarazo y parto natural, en el segundo año, patología del embarazo, distocias; en el tercer año, Clínica Obstétrica e intervenciones obstétricas. Logro titular a cuatro alumnos.

La orden del 27 de enero de 1893 declaraba la obligatoriedad que tenían todos los médicos sin excepción de prestar por turno mensual los servicios de forenses en virtud que los médicos rentados eran muy pocos y en algunas partes no existían. Se libraba de esta obligación a los cirujanos en ejercicio; más tarde a los médicos del hospital. Al crearse los Tribunales Médicos, se dispuso que *“en cada capital donde haya, Tribunal Médico, habrían dos médicos forenses nombrados por el gobierno a propuesta del tribunal”*. En Trinidad y en las capitales de Provincias debían desempeñar el servicio de *“Médicos Titulares”*. Esto significaba que en los lugares desprovistos de médicos titulares, seguiría ocupándose a empíricos para resolver los problemas de medicina legal, tal como sucedió y aún sucede en las áreas rurales.

LA SALUBRIDAD PÚBLICA Y LAS ENFERMEDADES DOMINANTES

Entre las atribuciones de los Tribunales Médicos se habían acumulado a lo largo de los tiempos, las acciones de conservación y propagación del fluido vacuno y el cuidado de los hospitales de las juntas de sanidad, la conservación de la higiene pública y el control de endemias y epidemias de los Protomedicatos conformando la función de la *“Salubridad Pública”*, textualmente así nominada en el decreto de su creación y con perfiles ya definidos.

En este período, se tiene mayor conocimiento sobre las enfermedades dominantes, aunque los indicadores no están debidamente determinados. La profilaxis, especialmente por la preservación y disfunción del fluido vacuno que se institucionaliza con la creación del Instituto Médico Sucre adquiere relevancia dentro de la Salubridad Pública. La atención médica, ahora no solo hospitalaria, sino también ambulatoria, está en pleno desarrollo, en la que sobresalen notables profesionales e instituciones especializadas (Manicomio Pacheco); la sanidad militar, tanto en la guerra federal como en la Guerra del Acre, con sus acciones de las ambulancias en campaña ha de contribuir no solo a la organización de los hospitales, sino también, al avance del concepto de prevención con la aplicación de normas de higiene dadas, sobre todo por médicos militares.

Continúa la endemias fluctuante de la viruela para cuya prevención, ahora se cuenta, con rigurosas medidas para la conservación y propagación del fluido vacuno, con personal voluntario e institucional, los vacunadores, normas de vacunación y sanciones por su incumplimiento.

La Tuberculosis, especialmente en las minas de La Paz y Potosí, era más identificada, que en otros lugares y en este período en estudio, como en los anteriores no se tienen referencia alguna sobre acciones sanitarias específicas.

Sobre el Paludismo del que también se tenía conocimiento como endémico, en los valles y el trópico, con relación al remedio específico, la corteza del árbol de la quina, el estado tomó medidas de protección. La quina ingresó al mercado sin tener barrera alguna para la comercialización; se dedicaron a exportar enormes cantidades del producto “*la especie más apetecida de la Chichona (quina o cascarrilla)*”. En el mercado internacional fue la “*quina calysaya*” originaria del subtrópico paceño representante del gran mercado regional que en la segunda mitad del siglo XIX llegó a constituir Sorata, Capital de la Provincia Larecaja”⁷². Las medidas que se tomaron por el gobierno fueron de carácter fiscal, reglamentando la importancia de su producción y la de Belzu de la “*quininización obligatoria para disminuir la mortalidad por paludismo en ciertas épocas*”.

De la Lepra se sabe que los primeros casos denunciados en Bolivia, fueron de Registro del Hospital de Santa Bárbara en Sucre en 1871, diagnosticados como “*elefantia*” o “*lázaro*”⁷³.

La Fiebre Amarilla hace su aparición en el perfil epidemiológico del país, después del informe en 1856 del Dr. Manuel Cornejo de casos en provincias del Departamento de La Paz, en la magistral informe de Nicolás Ortiz y Camo de Diciembre de 1887, acerca de la epidemia de febrero y marzo de ese mismo año en Abapó, Provincia Cordillera del Departamento de Santa Cruz. La epidemia se extendió al Río Grande, Lagunillas y parece que hasta Gutiérrez y Abapó, se registraron 25 defunciones en dos meses, en general a pesar de la extensión alcanzada, la epidemia tuvo carácter leve. El Dr. Nemesio Torres Muñoz informó de una grave epidemia con todas las características de la fiebre amarilla en Vila Vila en 1899 que causó 620 muertes en una población de 3000 habitantes más o menos⁷⁴.

A Nicolás Ortiz se le reconoce el mérito entre otros, de haber diagnosticado con certeza la fiebre amarilla muchos años antes de que se explique la verdadera etiología de la enfermedad, con admirable criterio clínico en su informe al regreso de la Expedición Científica Thouar, en 1887 de la que formó parte conjuntamente con José Camo y Montobbio (oftalmólogo español) como médicos. El 20 de diciembre de ese año publicó un informe conteniendo el “*humilde dato científico*” sobre la fiebre amarilla que es una pieza clásica de semiología, clínica y epidemiología en Bolivia. En el informe que presenta hace una descripción detallada de la

⁷² Marco Antonio Peñalosa Bretel. Chulchona vs. Malaria. La Quina en el Comercio Internacional. La Razón. 1998

⁷³ José Manuel Balcázar. Epidemiología Boliviana. La realidad sanitaria en Bolivia. La Paz 1946

⁷⁴ José Manuel Balcázar. Epidemiología Boliviana. La realidad sanitaria en Bolivia. La Paz 194

sintomatología el curso de la enfermedad y la respuesta a la terapia instituida y a las dietas y medidas profilácticas establecidas para llegar al diagnóstico en los siguientes términos:

“Si después de esta descripción fiel copia de los síntomas se nos pregunta como a médicos en que grupo nosológico colocamos la enfermedad, se nos pide la clasificación del mal, imitando al naturalista, que en presencia de un ser busca su nombre, cotejando sus caracteres con la frase descriptiva que de antemano le está asignada y le da por fin el nombre correspondiente, el suyo, el que tiene ya admitido, diremos que la enfermedad en cuestión observada en Abapó, el Espino, Machiví y Mazaví es la muy conocida con el nombre de fiebre amarilla “tifus icteroides” o “vomito negro”.

Convencido de la seriedad de sus observaciones, en otra parte de su informe afirma *“Si como creo, no nos hemos equivocado y nuestro pronóstico se cumple reapareciendo el flagelo, nos quedará la satisfacción de haber comprobado por primera vez, una verdad aunque ella sea un mal desde otros puntos de vista”.* Pero el enigma de la fiebre amarilla, en cuanto su transmisión continuaría, hasta que por los trabajos de Finlay y Reed demostraran que la fiebre amarilla en su forma epidémica era transmitida por medio del Aede Aegypti y la Rockefeller tomara a su cargo la lucha contra esta epidemia en 1942 con sede en Santa Cruz.

EL INSTITUTO MEDICO SUCRE

La sociedad médica más antigua y prestigiosa del país que ya ha llegado a su centenario y a la que se deben las contribuciones más significativas de la enseñanza médica, la investigación y la salubridad pública fue fundada el 3 de febrero de 1896, en homenaje al Mariscal Antonio José de Sucre, el creador de la República y en el día en que se cumplía el centenario de su nacimiento. Sus fundadores Valentín Abecia, Manuel Cuellar (hijo), Gerardo Vaca Guzmán, Angel Ponce y Cupertino Arteaga, todos profesores de la Facultad de Medicina, ante la crítica situación por la que atravesaba la enseñanza de las ciencias médicas y el poco o nulo apoyo del gobierno, resolvieron por su cuenta con el apoyo de los mismos profesionales, reestructurarla y reorganizarla.

Uno de sus fundadores, Manuel Cuellar, años después recordando esos momentos decisivos en uno de sus discursos decía *“la menguada situación en que se encontraba la Facultad no podía prolongarse. Necesitábamos mejor local, biblioteca, laboratorios clínicas... y el estado no podía suministrarlos estos elementos. Cómo conseguirlos?”*⁷⁵.

⁷⁵ Valentín Abecia. Discurso de Inauguración del Instituto Médico Sucre. 1896. Sucre

Habían empezado por organizar una biblioteca, sobre la base de la que se había entregado a la Biblioteca Nacional por el Dr. Manuel Cuellar, padre, en la que se encontraban también el legado de uno de sus discípulos el Dr. Muñoz. La habilitación del espacio necesario y la estantería se hizo con las acotaciones de sus socios de acuerdo a su situación económica. Todos los sueldos del Profesor Cuellar fueron cedidos indefinidamente al Instituto. El laboratorio de Bacteriología se instaló con el equipo particular de Manuel Cuellar que fue el primer equipo que ingreso a Bolivia y lo cedió a préstamo al Instituto. El Laboratorio de Química fue cedido por el Dr. Vaca Guzmán. Gracias a las gestiones del Ingeniero Carlos Arce que atendía importantes negocios en Europa, se consiguió importar el material y equipos que requerían las diferentes instalaciones; al Sr. Arce reconociendo su particular interés y colaboración el cuerpo de profesores le otorgó el título de socio fundador del instituto. La adquisición del inmueble se hizo con préstamos del Banco Hipotecario por la mitad del valor de la propiedad así como las adaptaciones de la casa a las necesidades del Instituto y a las de la Facultad de Medicina que según Manuel Cuellar *“era nuestra hija adoptiva”*. La casona de dos pisos, balcones artesanados y hasta con cinco patios situada en la calle San Alberto fue la sede del instituto y de la Facultad de Medicina en el que se encontraba el local, acortinado y alfombrado salón donde los flamantes médicos frente a un crucifijo y la Biblia abierta, hacían suyo el juramento hipocrático y recibían de su padrino de tesis un vistoso bastón. Con el tiempo los diferentes ambientes del Instituto fueron paulatinamente siendo ocupados por los laboratorios de Física, Química, Higiene y Bacteriología a cargo de Gerardo Vaca Guzmán; los laboratorios de microbiología, anatomía normal y patológica bajo la dirección de Manuel Cuellar; laboratorios de fisiología y terapéutica clínica experimental a cargo del Dr. Cupertino Arteaga. La sección de meteorología fue dirigida por el especialista Dr. Constant Lurquin primero, posteriormente, por el Dr. Valentín Abecia ocupando un cargo de empleado, el alumno Gregorio Mendizábal Torres. Los principales aparatos de laboratorio de meteorología fueron encargados a la Casa Richard de París. Una copia reducida de la Torre Eiffel de París en pulido armazón de hierro, situado en uno de los patios de la casona, sirvió para instalar los primeros aparatos del laboratorio meteorológico. Esta torre fue cedida a la municipalidad el año 1923 y desde entonces embellece el ornato del paseo principal de la capital, el Prado, invitando a la juventud a conocer la soñada ciudad de París, como a rememorarla a quienes hicieron realidad su ilusión de conocerla.

Completaban los servicios del instituto la biblioteca y archivos, bajo la dirección de Valentín Abecia, los museos de Anatomía normal, patológica e Historia Natural bajo la dirección del Dr. Angel Ponce. Después uno de los patios de la casona, sería ocupada con el primer programa de producción de vacuna en el país, en donde era frecuente observar una ternera pastando de manos de su cuidador. Otra de las depen-

dencias, sería ocupada, por el primer aparato de Rayos X, que había encargado Manuel Cuellar, traer de Buenos Aires.

A los cinco fundadores del Instituto: Abecia, Vaca Guzmán, Cuellar, Arteaga y Ponce, que según Jaime Mendoza ⁷⁶ “*sentaron las bases de esta agrupación en sus reuniones, en la Botica de Claudio Calderón Mendoza ubicada en la Plaza 25 de Mayo*”, se asociaron como fundadores y conformaron el grupo de trabajo, Nicolás Ortiz, Jaime Mendoza, José Miguel Ramírez, Sixto Rengel, Marcelino Martínez, Constantino Doria Medina, Gregorio Mendizábal Torres y fueron presidentes del Instituto Wálter Villafán, Néstor Careaga, Jaime Mendoza, Ezequiel Osorio, Armando Solares, Antonio Paravicini, Aniceto Solares y muchos más que ocuparon cargos como Presidente de los Tribunales Médicos, Directores Generales departamentales y nacionales de sanidad. En la administración sanitaria del país; municipales, alcaldes, prefectos, diputados y senadores en la política que abrieron las puertas al ejercicio racional y científico de la medicina, la medicina preventiva y la salud pública. Su primer presidente el Dr. Valentín Abecia, en su discurso de inauguración había augurado estos alcances: “*Señores, surgirá más tarde la medicina nacional, la medicina boliviana, cuando los gobiernos presten decidida protección y ayuda al cuerpo médico, en la celebración de congresos médicos, cuando se edifiquen hospitales con arreglo a los preceptos de la ciencia, donde se establezcan clínicas e internados; cuando nuestros congresos den leyes sobre salubridad pública*”. Pues apenas el espíritu al considerar la conciencia de ellas, al lado de la abundancia con que se promulgan en todos los países, cuando se podrá decir: ¡Alto ahí! A la esfinge que se llama viruela que para vergüenza nuestra se lleva miles de existencias que pasan desapercibidas? ⁷⁷

Al iniciar sus funciones el Instituto Médico Sucre los poderes públicos, las municipalidades, las facultades de medicina, las carreras de farmacia, obstetricia y enfermería y la población, tenían donde recurrir para obtener servicios de investigación, de exámenes complementarios de diagnóstico y tratamiento especializados. Por primera vez las municipalidades para la salubridad pública contaron con análisis de alimentos y bebidas y bromatológicos, los médicos solicitaban exámenes de laboratorio, cultivos y de Rayos X para confirmar sus diagnósticos y la enseñanza de las profesiones médica contaba con bibliotecas y laboratorios. El Dr. Vaca Guzmán en sus investigaciones encontró un nuevo procedimiento para tratar por precipitación los minerales auríferos este descubrimiento, según Manuel Cuellar, benefició a la economía del país; en este mismo laboratorio se analizó el petróleo que en una de sus expediciones del Chaco se había descubierto.

⁷⁶ Rolando Costa Arduz. Instituto Médico. Sucre. Crónica Aguda. Año 1. No. 17 La Paz. 1988.

⁷⁷ Valentín Abecia. Discurso de Inauguración del Instituto Médico. Sucre. 1896. Reproducido por Crónica Aguda. No. 17. 1993.

Manuel Cuellar con estudios en París, discípulo del Profesor Tillaux es considerado como el verdadero precursor de la cirugía en Bolivia. Le tocó actuar *“en la época de transición en que las teorías pasteurizianas con la antisepsia y la asepsia, recién comenzaban a aplicarse en Europa misma y no habían aún llegado a Bolivia. No había noción de asepsia ni antisepsia las curaciones se hacían en la forma más rudimentaria, los partos debían hacerse sobre cueros de oveja necesariamente”*. En sus descripciones acerca de sus inicios de la cirugía moderna que el impuso decía: *“Los desastrosos resultados de las pocas cirugías que se habían practicado en el país, eran demasiado conocidas y con justa razón el público y los mismos médicos tenían horror al bisturí”*⁷⁸.

Cuellar venciendo estas y otras resistencias del medio, incluso de algunos de sus incrédulos colegas fue abriéndose paso rápidamente. Entretanto llegaba a La Paz otro cirujano de verdad, Claudio Sanjinés Tellería, titulado en Chile con estudios de perfeccionamiento en Alemania y Francia, quien con menos resistencia que Cuellar – pues la obra de éste ya era aceptada y conocida en toda la república – que impuso también la nueva técnica quirúrgica, completó la obra de Cuellar y los dos hicieron lo que tanto esperaba el país, según Juan Manuel Balcázar, sentar los fundamentos de la cirugía científica en Bolivia.

Son notorios los aspectos de la medicina preventiva y la organización sanitaria que realizó el instituto por medio de sus socios, como los trabajos de Nicolás Ortiz A, en la fiebre amarilla, la fundación de la maternidad de Santa Bárbara, la promoción del parto sin dolor con la preparación de la oxito – canalgina; así como los aportes de Valentín Abecia en Demografía y Estadística y en la organización de la higiene pública y la salubridad; y sobre todo la culminación de la prevención contra la viruela con la producción nacional de la vacuna.

Establecer en el país la producción de la vacuna contra la viruela, para el Instituto, desde su fundación fue una necesidad y un desafío que los mismos socios fundadores se habían planteado. Ante la indiferencia de las autoridades y viendo que no podían contar con el apoyo público el Dr. Cuellar con Nicolás Ortiz y José Miguel Ramírez en el segundo patio de la casa solariega de Cuellar hicieron la vacunación en una ternera proporcionada por un amigo común, el Sr. Tomás Prouts. Con el mayor cuidado y sigiloso recelo hicieron la siembra cuidando en igual forma al animal hasta la recolección del fluido, después hicieron algunas pruebas con algunos niños con magníficos resultados, luego de otras dos vacunaciones con iguales resultados. El Instituto resolvió instalar la sección Antivariolosa en su propio local.

⁷⁸ Manuel Cuellar. Citado por Valentín Abecia. Obra citada

En 1902 el Dr. Nicolás Ortiz Antelo presentó el programa de trabajo que decía “*Expresamos como postulado científico de nuestras creencias médicas y sociales son a saber: ocupar un lugar importante en todas las ciudades, villas, aldeas y villorios de toda la república, la necesidad de combatir con el único medio posible, vacunación y revacunación obligatorias contra los estragos que hace la viruela*”. Los hechos comprobados y evidentes en respaldo de este postulado son: (1) Que el Instituto Médico Sucre, obtiene la vacuna animal en tales condiciones de cultivo asepsia y conservación que ella resulta superior con mucho en todas sus condiciones a las que viene de Buenos Aires, Santiago y Lima. (2) Que gracias a los procedimientos empleados para su conservación esta vacuna al cabo de dos años no pierde su actividad y (3) Que no produce accidente de ninguna clase. Inició el Instituto la producción de vacuna el año 1900 bajo la Dirección de Nicolás Ortiz A, en forma rudimentaria hasta convertirse en el notable establecimiento solemnemente inaugurado con el nombre de Oficina Nacional de Vacuna, en 1901 estando en condiciones de abastecer de vacuna a toda la República.

Fue a iniciativa del Instituto que el 21 de Octubre de 1902 el Gobierno de José Manuel Pando decretó la obligatoriedad de la vacunación y revacunación para todos los habitantes de la República, encargando de este cometido a los Consejos y Juntas Municipales y subvencionar a la Oficina Nacional de Vacuna del Instituto para que remita constantemente y oportunamente a las municipalidades el fluido indispensable.

El reglamento, normas y procedimientos fueron redactados por los miembros del Instituto y contiene 19 artículos, en los que se dan disposiciones relacionados con la producción de la vacuna, su distribución, el establecimiento de vacunatorios, la distribución del personal, la certificación, la difusión de la información, la participación de autoridades políticas eclesiásticas, militares y civiles, la información periódica y el control, constituyendo este reglamento, el primer documento científico de acciones preventivas en el país. Esta Oficina Nacional de vacunas desde su fundación estuvo bajo la Dirección del Dr. Nicolás Ortiz Antelo habiéndolo reemplazado el Dr. Armando Solares Arroyo que con carácter ad honorem ejerció la Dirección por más de treinta años.

El Dr. Manuel Cuellar con cuanta alegría, en uno de sus discursos de conmemoración de la fundación del Instituto decía: “*La viruela que casi era endémica en ciertas épocas del año desapareció de Sucre, por completo, a tal punto que nuestros estudiantes de medicina terminaran su carrera sin haber visto un solo caso de esta enfermedad*”.

EL PROBLEMA DE LOS HOSPITALES Y EL FILANTROPO GREGORIO PACHECO

No fue posible construir hospitales, aún cuando el pueblo y los gobiernos estaban conscientes de su necesidad, debido a la difícil situación económica en que estaba el país. No sin razón el dictador José María Linares decía en su mensaje al Congreso en 1861 *“por la mala construcción y la peor asistencia de ellos, la humanidad doliente, en vez de hallar en nuestros hospitales pronto alivio, se ve condenada a la prolongación de sus achaques o a una muerte prematura. Construir edificio con todas las condiciones de salubridad era imposible por la falta de recursos”*. Tenía que ser el espíritu filantrópico de la sociedad, como la actitud de Gregorio Pacheco o el grupo de profesores de la Facultad de Medicina de Sucre al crear el Manicomio y el Instituto Médico, el que animaría a emprender estas grandes empresas sin soporte económico del Estado. Ya Zenón Dalence había justificado la organización de las comisiones de Caridad en el Municipio de Oruro para la reforma del hospital que voluntariamente se había ofrecido realizar”. *“Con todo, decía, hay quien osa censurar la filantrópica conducta del municipio. Es este acaso el primer país en el que se ha recurrido a la caridad pública para beneficiar a un hospital? Miserable situación nuestra que la empleomanía sin mérito disecan en el corazón el interés patrio, quiera encarecer sus servicios disfrazándose siempre celosa por el mantenimiento de las instituciones y del orden establecido”*.

Por parte del gobierno, gracias a las iniciativas desplegadas por Aniceto Arce, en relación a la asistencia y cuidado de los hospitales que reclamaba Linares se habían ido solucionado en gran parte por la eficiente labor múltiple de la orden religiosa de las Hijas de Santa Ana. En Oruro presidiendo el Consejo Municipal el prestigioso médico Dr. Adolfo Mier tomaron posición del Hospital las Hijas de Santa Ana y las mejoras visibles en el local muy deteriorada obligaron a la construcción de uno nuevo que fue entregado posteriormente en 1911. En el hospital de Santa Cruz por gestiones del Obispo José Belizario Santisteban se consiguió la instalación de las religiosas, que si bien llegaron a la ciudad, por cambio de objetivo, tuvieron que dedicarse a la organización de un colegio. Las condiciones deplorables del hospital de San Juan de Dios de Tarija solo pudieron remediarse aunque muy lentamente desde que las hijas de Santa Ana llegaron a la ciudad siempre gracias a las gestiones del Presidente Arce. Corresponde al Presidente Gregorio Pacheco, la demostración de la alta filantropía en la construcción del Manicomio, que como justo homenaje lleva su nombre en Sucre. La primera medida de protección a los *“locos”* se encuentra en el reglamento de hospitales decretado por el Presidente José Ballivián (8- IV – 1846) que a la letra dice *“los locos furiosos o dementes que vagan por las calles o campos se recogerán en los hospitales para cuidarlos siempre que no tengan deu-*

dos que puedan asistirlos. Teniéndolos se les obligará a recluirse en sus casas". En 1861 Gregorio Pacheco con sus propios peculios hizo construir un pequeño pabellón anexo al hospital de Santa Bárbara de Sucre, para la atención de los enfermos mentales influyó en esta su decisión el recuerdo de la enfermedad mental de su abuela Doña Juana Madariaga. El manicomio, fue construido por el Arquitecto Carlos Núñez del Prado, entregado al servicio público en 1884. El mismo Gregorio Pacheco tuvo que firmar en 1885 como Presidente de la República el pliego por el que hacia la donación y la disposición para que lleve su nombre.

El primer director del flamante edificio fue el profesor Nicolás Ortiz que había colaborado en la realización de la obra y que por sus múltiples conocimientos era el más llamado a ocupar el cargo. Fue el decreto supremo del 10 de XII de 1890 en el período de Pando que creó en el país la cátedra de psiquiatría y por lo tanto la especialidad, debiendo ser el primer reconocimiento a una especialidad médica por decreto en los estudios de medicina. Sin embargo no tuvo interesados la nueva disciplina científico. La facultad de medicina de La Paz la incluyó en su plan de estudios el año 1893 siendo el primer catedrático Enrique Hertzog. En la de Sucre la Psiquiatría comenzó a enseñarse en 1898 siendo el encargado de la cátedra, el primer director del Manicomio, el Dr. Nicolás Ortiz.

ZENÓN DALENCE Y ELÍAS SAGÁRNAGA. LOS HIGIENISTAS

La Sanidad Militar tanto en la Guerra Federal como en la del Acre, cumplió funciones limitadas al tratamiento y evacuación de heridos y de atención sanitaria y de profilaxis que también eran deficientes. Después de la guerra del pacífico, poco o nada se había hecho por organizar la sanidad militar, al parecer por dos hechos: la dependencia del Ministerio de Defensa Nacional y del Estado Mayor, en lo administrativo, lo económico y la designación de personal por una parte y por otra parte la falta de especialistas en el ramo: aun no se había establecido la permanencia de los médicos y su incorporación al escalafón militar como asimilados y en casos especiales, como en contextos bélicos, se seleccionaba a grandes personalidades. Así cumplieron brillantes servicios, a pesar de las deficiencias de organización, ilustres profesionales, como Zenón Dalence, Elías Sagárnaga, Jaime Mendoza, Andrés S. Muñoz, Arturo Ballivián Otero, Claudio Sanjinés T., Belizario Díaz Romero y otros que con sus observaciones en campaña y sus hallazgos de nuevos cuadros patológicos, contribuyeron en sus escritos y estudios al conocimiento de nuestra patología y dieron mucha importancia a la prevención y a la higiene base de la salubridad pública. Dos de estas brillantes personalidades son Zenón Dalence que fue en la guerra del pacífico, Director de Ambulancias y "*Meritorio de la Guerra del Pacífico*" y Elías Sagárnaga Cirujano Militar en el Acre.

Zenón Dalence, como médico militar varias veces munícipe, presidente del municipio y político, tanto en sus informes sobre el cólera como en su *“Propuesta de la Reforma Sanitaria”*, tomando de base la reorganización del hospital de Oruro, demuestra su pensamiento sanitarista; redactó su trabajo como dice, consecuente con el lema *“Salus Populi, Suprem Ley”*. Nos hace conocer en su escrito los principios que se requiere para el mantenimiento de la salubridad pública en estos términos: *“la observancia de los preceptos de la higiene pública está natural y necesariamente a cargo de los gobiernos de la Administración Pública, de las autoridades subalternas o locales de sus agentes, etc. Así que el higienista público debe dirigir siempre sus conceptos a la autoridad. El Gobierno de un país debe obviar y en su caso destruir todas las causas generales y locales de insalubridad pública – facilitar a los individuos enfermos todos los auxilios necesarios para que pudieran remediar su estado, cuidando de que haya el suficiente número de médicos y farmacéuticos aprobados, prohibiendo y castigando con serenidad el ejercicio ilegal de la medicina, examinando la calidad y vigilando el despacho de los medicamentos: estableciendo Hospitales Públicos u organizando la hospitalidad domiciliaria”*⁷⁹.

Elías Sagárnaga, Profesor y decano de la Facultad de Medicina de La Paz su ciudad natal, cirujano militar en una de las unidades militares argentinas cargo excepcionalmente asignado a extranjeros. Cirujano Militar en el Acre, Director de Sanidad Militar; Director de la Revista Médica de La Paz y como Director de Higiene y Demografía Municipal de La Paz, Director del Boletín de Estadística y Demografía (1912-1915) por su participación en la campaña del Acre, es llamado por Rolando Costa Arduz, *“un soldado vestido de blanco”*⁸⁰ Asistió a la Guerra del Acre bajo el mando del General José Manuel Pando que dejó en manos del Vicepresidente de la República el manejo de los asuntos políticos y administrativos y tomó el mando de las tropas como primer mandatario de la Nación para defender el territorio invadido. Sagárnaga no se concretó a apoyar las acciones militares, haciendo observaciones sanitarias, más que médicas, como las referidas a la Leishmaniasis y de la organización sanitaria en campaña. A su retorno de esa experiencia, se hizo conocer por sus trabajos sobre la Higiene y Salubridad. Su *“Tratado Elemental de Higiene Militar”* que por resolución expresa de Ismael Montes fue declarado texto de estudios de los Institutos Militares, como sus *“recuerdos de la campaña del Acre de 1893. “Mis notas de viaje”* y el *“Servicio de Sanidad en la Campaña del Acre”*, son testimonio de su brillante mente salubrista. Para Elías Sagárnaga, *“las medidas de la higiene no deben ser libradas a la mera rutina: es necesario ser más científicos y procurar,*

⁷⁹ Monlay. Higiene Pública. 2da. Edición. Segunda y Tercera. Zenón Dalence. Necesidad de una Reforma Sanitaria y breves indicaciones sobre el modo de realizarlas. Oruro, marzo 30 de 1864.

⁸⁰ Rolando Costa Arduz. Elías Sagárnaga un Soldado Vestido de Blanco. Crónica Aguda. No. 108. Año 11. 1990

como debe ser usufructuar en la medida de lo posible de lo que esta ciencia nos enseña y cuyos conocimientos estamos en la obligación de proveerlos”.

Preocupado por los obstáculos que tenía que vencer para organizar adecuadamente los servicios sanitarios en la campaña del Acre *“no era con la quinina, ni con el acumulo de drogas más o menos bondadosas con los que se debía hacer el servicio sanitario en el Acre”.* En su concepción salubrista daba prioridad a la prevención sobre la que basaba la organización de sus servicios en la campaña: *“razonablemente debemos colocar en primer lugar las medidas de higiene, por que antes es necesario evitar que la tropa se enferme para ahorrarnos así el trabajo de curarlos con drogas”.*

En sus recuerdos de la campaña nos hace esta descripción: *“la campaña del Acre es ante todo una campaña contra las enfermedades endémicas de la región. Las balas enemigas hasta hoy no han dado gran cosa que hacer y si el terrible enemigo no es el brasilero, no es el filibustero hay que estar bien preparado para la lucha contra el enemigo invisible, que manifestándose bajo la forma de beriberi fiebres palúdicas y otras más diezman a las filas de nuestro ejercito nacional, ocasionando un 65% de las bajas”.*

Las citas bibliográficas que presenta en su *“Tratado de Higiene”* son de procedencia militar, los elementos de Higiene Militar de G. Ríos, el tratado de Higiene Militar de Morache y el Prologista Dr. Andrés Muñoz, esta a su vez el libro del Dr. Martínez, Cirujano del Ejercito Argentino que publicó otro manual de Higiene Militar. En su tratado se destacan las reglas y recomendaciones referidas a la alimentación del soldado, cantidad y calidad del racionamiento alimentario en las campañas y para las diferentes unidades del ejército; el control de las enfermedades parasitarias, particularmente de las enfermedades tropicales, los conceptos de las variaciones climatológicas de nuestro territorio y de la conducta y el comportamiento. A este respecto dice lo siguiente *“Désela a ese soldado además de los elementos de higiene y de vida, el ejemplo moral que hace también de higiene del espíritu. Si se perdona la metáfora; el ejemplo de abnegación y de resistencia, el carácter y vigor de ese soldado, se hallará fortalecido para hacer frente a todas las contingencias que se le pueden presentar”.* Para Elías Sagárnaga antes de médico, el buen profesional, tiene que ser higienista, pues en su informe al Servicio de Sanidad en la campaña del Acre, hace esta crítica: *“Marchan constituyendo el cuerpo de sanidad, algunos de nuestros colegas distinguidos, los que no dudamos que antes de médicos se mostrarán higienistas. Vale más prever las enfermedades que dejarlas aparecer por indiferencia, por abandono o por cualquier otra cosa”.*

LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. SUS COMIENZOS.⁸¹

Esta organización conocida por la sigla OPS/OMS, Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) es el órgano ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) al mismo tiempo cumple las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de Salud (OMS) para las Américas fue fundada en la Primera Convención Sanitaria Internacional General de las Repúblicas Americanas del 2 al 4 de Diciembre de 1902 en Washington D.C. Estados Unidos, en el período que en Bolivia desde el punto de vista sanitario corresponde a los Tribunales Médicos y de lo cual no se tuvo un conocimiento ni una representación oficial sino muchos años después. Los comienzos de la OPS/OMS pasamos a describir en el período correspondiente.

La situación que debía dar lugar a la creación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como una organización sanitaria regional para el Hemisferio Occidental, siguiendo a N. Howard – Jones se originó en los siguientes hechos: durante el siglo XIX: Los Estados Unidos sufrieron repetidos brotes de cólera, importado principalmente por inmigrantes europeos, y de fiebre amarilla, introducida por los contactos marítimos de Sudamérica, Centroamérica y Cuba. En Europa se habían dado los primeros intentos de llegar a un acuerdo para la reglamentación internacional de la cuarentena en particular respecto al cólera.

El 14 de Marzo de 1880 el Congreso de los Estados Unidos tomó la iniciativa al adoptar una resolución en la que se autoriza al Presidente a convocar la Quinta Conferencia Sanitaria Internacional en Washington D.C. *“con la finalidad de organizar un sistema internacional de notificación en cuanto a la verdadera situación de puertos y plazas”*. Aunque esta Quinta Conferencia tuvo lugar en Washington D.C. no debe confundirse con la serie de Conferencias Sanitarias Internacionales de las Repúblicas Americanas que se celebraron entre 1907 y 1920.

Esa conferencia se distinguió de los demás porque fue la única de la serie que se celebró fuera de Europa, la primera en la que participaron delegados de las Américas y la única que publicó sus actas en inglés, además de hacerlo en francés. Pero lo que la distinguió particularmente de todas las demás, a pesar de su carácter exclusivamente diplomático, es el hecho de que fue la única Conferencia Sanitaria Internacional en la que tuviera lugar la primera comunicación pública de una importante teoría científica de gran importancia.

⁸¹ OPS/OMS. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 113 N°. 5 y 6. Noviembre y Diciembre 1992. Historia de la OPS. Marco Especial.

El 18 de febrero de 1881, Carlos Finlay “*el delegado especial*” para España en representación de Cuba y Puerto Rico expuso su convicción de que la fiebre amarilla era transmitida hombre a hombre por un agente intermediario que más tarde se identificó como *Stengonya Fasciata* (Actualmente, *Aedes aegypti*).

En 1901, la etiología y el modo de programación del cólera, la peste y la fiebre amarilla habían sido bastante estudiadas para poderse aplicar un criterio racional a la lucha contra esas enfermedades. En Octubre de ese mismo año, se inauguró en ciudad de México, la segunda conferencia Internacional de los Estados Americanos.

La conferencia, entre otras cosas, recomendó que el Consejo Administrativo de la Unión Internacional de las Repúblicas Americanas (actualmente, Organización de los Estados Americanos) convocara a una “*convención*” de representantes para formular “*acuerdos y reglamentos sanitarios*” a fin de “*poder reducir al mínimo los requisitos de cuarentena*” respecto del cólera, la fiebre amarilla, la peste bubónica, la viruela y “*otros brotes pestíferos de gravedad*”. Además la convención debía “designar una junta ejecutora permanente de no menos de cinco miembros “ que recibiría el nombre de “*Oficina Sanitaria Internacional*” y tendría su sede en Washington D.C.

Así fue como se celebró del 2 al 4 del XII de 1902 en el New Willard Hotel, Washington D.C. la Primera Convención Sanitaria Internacional General de las Repúblicas Americanas, primera de una serie de reuniones organizadas generalmente cada cuatro años, que más tarde debían denominarse Conferencias Sanitarias Panamericanas, cada una de ellas con características especiales de acuerdo al avance creciente de su organización.

Del 9 al 14 de Octubre de 1905, de nuevo en el New Willar Hotel, Washington D.C. se celebró la Segunda Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas (de cuyo título se omitió el término “General”). El principal resultado de esa reunión fue la adopción de una “*Convención ad referéndum*” que contenía principalmente la adición de normas para el control de la fiebre amarilla, puesto que aún se dudaba de la explicación que había propuesto Finlay sobre el modo de transmisiones de la enfermedad. En esta segunda convención, se decidió que la Oficina Sanitaria Internacional debería seguir con la misma composición de 7 miembros.

En la primera semana de diciembre de 1907 se celebró en México la Tercera Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas. La modificación del nombre, de convención a conferencia, obedeció – sin duda- al propósito de evitar las

confusiones que podían crear el uso de la palabra “convención” que tanto puede aplicarse, a un tratado como a una reunión.

La cuarta de esas conferencias se celebró en San José (Costa Rica) del 25 de diciembre de 1909 al 3 de enero de 1910. Entre las resoluciones adoptadas había una en la que se recomendaba que los delegados fueran autoridades sanitarias en sus respectivos países.



“Andamos todavía a tientas, entre suposiciones y dudas, sin medios efectivos de control, sin seguridad para emitir afirmaciones rotundas ... un país como el nuestro tan extenso y múltiple en su economía, costumbres... es natural que sea también de una patología, alimentación, trabajo, etc. muy variadas”

Juan Manuel Balcázar.

“Necesitamos legislación mínima que sirva como eje, educación máxima que dinamice la higiene encarnándola en la vida del pueblo, método el más racional y eficaz porque se encuentra en armonía con la naturaleza humana”.

Nemesio Torres Muñoz.

LIBERALES Y REPUBLICANOS. LA GUERRA DEL CHACO

El periodo de la Dirección General de Sanidad se sitúa en la historia político administrativa de la república, en el escenario de los gobiernos liberales y republicanos y el conflicto de la Guerra del Chaco (1906 a 1938). Ismael Montes que gobernó dos periodos (1904 a 1909 y 1913 a 1917) logró una “*obra efectiva*” quizá la más constructiva “*imponiendo el orden, la disciplina y el trabajo*”, sin permitir ni la politiquería ni la demagogia, sobre todo en su primer periodo. Eliodoro Villazón (1909–1913) realizó un gobierno de orden legalista y sujeto a las prescripciones constitucionales. José Gutiérrez Guerra (1917–1920) que venció en las elecciones al candidato del partido republicano Dr. José María Escalier, médico prestigioso internacionalmente, tuvo que salir exiliado del país después de la revuelta del año 20, con la que terminaron los gobiernos del partido liberal y se iniciaron los del partido republicano. Bautista Saavedra primero (1920–1921) presidente de la Junta de Gobierno con José María Escalier y José Manuel Ramírez, ambos médicos; después (1921–1925) Presidente de la República, al ser elegido en la “*Convención–Congreso*”, gobernó no sólo contra la oposición del partido liberal, sino también con la fracción disidente de su propio partido que se denominó republicano genuino, preocupándose sobre todo de la situación de los obreros y artesanos que constituían la base firme de su poder. A él se deben las primeras leyes sociales, como el derecho a la huelga, la fijación de la jornada de trabajo de ocho horas; es reconocido por su honradez en el manejo de los fondos y sus grandes condiciones de caudillo y gobernante. Felipe Segundo Guzmán (1925–1926) como Presidente del Congreso se hizo cargo del Gobierno, debiendo llamar nuevamente a elecciones el 1º de enero de 1926 al haberse anulado la designación de Gabino Villanueva, que había triunfado en las primeras elecciones. Hernando Siles Reyes (1926–1930) elegido presidente de la República, al tratar de gobernar por sí mismo rechazando las directivas de Saavedra, interrumpió su mandato en 1930 ante la subversión del ejército que se hizo cargo del poder bajo una junta a cargo del General Blanco Galindo (1930–1931). El Dr. Daniel Salamanca (1931–1934) ganó las elecciones representando a los republicanos genuinos; ningún gobierno subió al poder con el apoyo más unánime de la opinión de todo el país, como el de Salamanca, a quien se lo consideraba como el “*Salvador de la Patria*”. La Guerra del Chaco se había iniciado el año 1932, con el incidente de la toma del fortín, Laguna Chuquisaca, sin que pudiera ser evitada; el presidente Daniel Salamanca, el 27 de diciembre de 1934 se presentó en el Chaco después del desastre del Fortín El Carmen y dispuso el cambio del Comando de Enríquez Peñaranda y otros jefes más. Al día siguiente, allí mismo, en Villamontes, el presidente fue cercado y obligado a renunciar. Se hizo cargo del Gobierno el Vicepresidente José Luis Tejada Sorzano (1934–1936). La Guerra del Chaco después del desastre de Picuiba (diciembre de 1934) y el cerco de Villamontes (13 de junio 1935) terminó con la firma del armisticio celebrado en Buenos Aires

(1936). El Coronel David Toro, comandante de caballería derrotado en Picuiba derrocó a Tejada Sorzano, presidiendo una Junta de Gobierno (1936–1937). En febrero de 1937 el jefe del Estado Mayor Teniente Coronel Germán Busch, máximo héroe de la Guerra del Chaco, depuso al Coronel Toro y asumió el poder sin mayores alteraciones del orden público, ni derramamiento de sangre.

Este capítulo de nuestra historia es conocido también como el Auge de la Goma y la Era del Estaño. Si bien el producto de la Goma que abundaba en los bosques del noroeste desde 1880 a 1890 había alcanzado altos precios y originó una gran industria que producía buenos ingresos al Estado, el verdadero auge de la goma se produjo, a pesar de la pérdida del territorio del Acre, en el periodo de 1900 a poco antes de la Guerra Mundial (1913); sus precios llegaron a ser los más altos que se conocen y su exportación produjo grandes ganancias, gravitando en la economía nacional. La Era del estaño se ha denominado a la que sigue a partir de 1913, o sea al comienzo de la Guerra Mundial que reveló públicamente el carácter estratégico de este mineral tanto en la guerra como en la paz. Bolivia alcanzó altos índices de producción del estaño y de otros minerales especialmente en el altiplano, forjando fortunas particulares, como la de Simón I. Patiño que llegó a ser el quinto millonario del mundo, y en menor escala, Félix Avelino Aramayo⁸².

LA CONSTITUCIÓN DE 1931

Las Convenciones–Congresos de 1920–1921 determinaron adoptar la Constitución de 1880 que continuaba vigente. La Revolución del 25 de junio de 1930 de Carlos Blanco Galindo se propuso realizar determinadas reformas constitucionales adoptando para dar participación a todos los ciudadanos el sistema de “*referéndum popular*” que se llevó a cabo el 11 de enero de 1931.

De todas las reformas que fueron propuestas nueve recibieron aprobación, destacándose entre ellas las siguientes: a la sección de derechos y garantías se incorpora el recurso de Hábeas Corpus; se inserta una nueva sección denominada “*Del régimen económico y social*” por la que se crea el Consejo de Economía Nacional, organismo que debía dictaminar en los proyectos y modificaciones de leyes sobre trabajo y economía social; se dispone que las empresas establecidas en el país se consideren nacionales y sometidas a las leyes y autoridades nacionales, se establece la jornada máxima, se reconoce la autonomía universitaria; se faculta a la Corte Suprema para conocer en única instancia de los juicios contra las resoluciones del Poder Legislativo cuando se afectare uno o más derechos civiles o políticos.

⁸² Humberto Vásquez Machicado y col. “Manual de la Historia de Bolivia”. Ediciones Gisbert 1977.

LA DIRECCION GENERAL DE SANIDAD

La Dirección General de Sanidad fue creada en el Gobierno de Ismael Montes, mediante aprobación del proyecto en la sala de sesiones del Congreso Nacional bajo la presidencia de Valentín Abecia el 28 de noviembre de 1906 y promulgada para que se tenga y cumpla como Ley de la república el 5 de diciembre de 1906. Diez años habían transcurrido para que Valentín Abecia, como presidente del Congreso, firmara la aprobación de la Ley de cuya necesidad imperiosa para el país había hecho referencia en su discurso en 1896 en la inauguración del Instituto Médico Sucre, cuando dijo “*con todo, es indispensablemente necesario que se organice un Consejo Nacional de Higiene o Junta Suprema de Salubridad y se de una Ley de Salud Pública*” según Juan Manuel Balcázar, sería la primera vez que se promulgaba una medida sanitaria con miras a la estructuración de una verdadera organización de la salud. Constituye, también, el inicio del proceso de organización de los elementos componentes, que con el tiempo se irían conformando del Sistema de Servicios de atención a la salud.

El Proyecto de la Ley aprobada contiene 9 artículos con sus respectivas correspondencias: artículo 1º constitución, fines y atribuciones de la Dirección general de Sanidad Pública; artículo 2º Dirección de Sanidad, del Departamento, Médicos de sanidad y sus atribuciones; artículo 3º nombramientos, artículo 4º las líneas de autoridad; artículo 5º de la colaboración de la fuerza pública; artículo 6º las multas; artículo 7º la derogación de la ley de tribunales médicos; artículo 8º del presupuesto y artículo 9º la reglamentación de la ley.

Los aspectos fundamentales de la ley que contemplan en sus articulados son los siguientes:

Se crea la Dirección general de Sanidad Pública, como oficina nacional dependiente del Gobierno y que tendrá a su cargo la Superintendencia de los servicios nacionales de higiene, salubridad y asistencia pública.

Esas grandes funciones serán desempeñadas por un Médico con el título de Director General y el número suficiente de empleados.

Las atribuciones de la Dirección General de Sanidad Pública, se refieren a las siguientes áreas de actividades sintetizadas. 1) la Sanidad Pública en general del país y la defensa nacional contra la importación de enfermedades exóticas y contra las endemoepidemias y enfermedades transmisibles o evitables; 2) el ejercicio legal de la medicina y de la farmacia en todas sus ramas; 3) reglamentación sanitaria y administrativa; 4) información ante el Ministerio de Gobierno de todo lo relativo a sanidad e higiene y ante el de instrucción del ejercicio de la medicina y de la farmacia en

todas sus ramas; 5) la vulgarización de los conocimientos higiénicos; 6) Instrucciones indispensables a los médicos de sanidad departamentales y provinciales; 7) Propagación de la vacunación y revacunación contra la viruela; 8) prescripciones profilácticas y combatir la propagación del alcoholismo; 9) la higiene urbana en general; 10) policía sanitaria en general y especialista en los medios de transporte; 11) convenios sanitarios con las naciones extranjeras; 12) estudios de las condiciones sanitarias, saneamiento, estadística, demografía y climatología médica; 13) inspecciones de higiene general o especial y de profilaxis; 14) auxilio a las municipalidades en el combate a las enfermedades y hacerse cargo del control de epidemias; 15) informes anuales y proposiciones de medidas y reformas.

En la capital de cada departamento se crea un funcionario especial rentado que es el ***Director de Sanidad del Departamento*** y en la capital de cada provincia o sección de provincia un ***médico de sanidad*** igualmente rentado con las siguientes principales atribuciones: 1) Velar por la sanidad pública del departamento o provincia de su jurisdicción respectivamente, 2) Cuidar del ejercicio legal de la medicina y farmacia y 3) Inspección periódica de las boticas.

Los nombramientos de estos funcionarios públicos correspondían al Poder Ejecutivo eligiéndolo dentro las nóminas presentadas por los cuerpos médicos residentes en las capitales de departamento: el Director General de Sanidad debía ser elegido entre los facultativos propuestos por el cuerpo médico de cada capital de departamento. Cada cuerpo médico designaría el nombre de un solo facultativo.

Los médicos de sanidad departamentales o provinciales serían elegidos por terna o ternas propuestas por los cuerpos médicos de las capitales de departamento en cuya jurisdicción debían ocupar los cargos los seleccionados.

Las líneas de jerarquía establecían que estaban subordinados inmediata y directamente bajo el siguiente orden: los médicos de sanidad provincial al Director de Sanidad departamental en cuya circunscripción territorial prestaban servicios y éstos, al Director General.

Para el mejor cumplimiento de las medidas sanitarias que se dictaran los jefes de sanidad estaban respaldados por la fuerza pública y el Director General de Sanidad tenía facultad para establecer multas que no excedan de cincuenta bolivianos, pudiendo doblarse en casos de reincidencia de la falta cometida; podían cobrar y destinar su importe para las diversas necesidades del servicio, con cargo de cuenta al Supremo Gobierno.

Sin embargo, que esta ley presentaba un ordenamiento normativo determinando objetivos, organización, atribuciones, designación de autoridades, líneas de mando, apoyo público y manejo de recaudaciones, no fue del todo satisfactoria ni encontró plena aprobación del cuerpo médico; surgieron toda clase de críticas y se le encontraron grandes defectos. Para unos “*hubiese sido preferible que continuaran los tribunales médicos que tenían las mismas atribuciones de las nuevas autoridades sanitarias y que trabajaban gratuitamente*”⁸³ para otros la ley afectaba la autonomía de las municipalidades. Así también no fue nada satisfactoria y presentó grandes problemas la primera designación del Director general, para lo cual no se tomó en cuenta los nombres de Gerardo Vaca Guzmán, propuestos por Chuquisaca y Potosí, de Andrés Muñoz, propuesto por Cochabamba y Oruro, de Abelardo Rodríguez por La Paz, Elías Sagárnaga por Tarija, Nemecio Mercado por Santa Cruz, que habían elevado los cuerpos médicos de las capitales de departamento conforme disponía la ley. El Gobierno tomó la atribución de nombrar, modificando el artículo correspondiente a las designaciones, al médico alemán Adolfo Treutlein, aprobando un convenio suscrito en Hamburgo. Durante el tiempo que permaneció el Dr. Treutlein en el cargo, dio pruebas de una total incapacidad y ante la lectura de su absurdo informe, el Ministro pidió “*que este pidiera cortes y ejecutivamente la resignación de su contrato*” según sabemos, por el relato que posteriormente hizo sobre este personaje el Dr. Morales Villazón⁸⁴.

Después del fracaso de esta primera dirección y la renuncia obligada de su director, fue nombrado el Dr. Manuel Cuellar que duro pocos meses en el cargo, al que tuvo que renunciar por su viaje a Europa. La vacancia de la dirección se prolongó casi indefinidamente, a tal punto que tuvo que promulgarse la ley de 15 de enero de 1910, dictada por Eliodoro Villazón dejando sin efecto la del 6 de XII de 1906, restableciendo los tribunales médicos.

En el segundo periodo presidencial de Ismael Montes se declara vigente la ley de creación de la Dirección General de Sanidad (16-XI-1915) y pocos días después (25-XI-1915) se crean las Asistencias Públicas “sostenidas por los tesoros departamentales” y constituyendo “oficinas auxiliares de las policías de seguridad y del Servicio de Sanidad del respectivo departamento”, dándoles las siguientes funciones: “*prestar los primeros auxilios médicos quirúrgicos en los casos de accidente o enfermedad grave con servicios permanentes tanto de día como de noche, a domicilio en caso de enfermedad, en el mismo lugar en caso de accidente, así como en los consultorios de la asistencia, con carácter gratuito; organizar los servicios de vacunaciones, desinfección de domicilio y de análisis de bebidas y substancias*

⁸³ Juan Manuel Balcázar. Historia de la Medicina en Bolivia. La Paz, 1956.

⁸⁴ Juan Manuel Balcázar. Historia de la Medicina en Bolivia. Editorial Juventud, La Paz 1956.

alimenticias y practicar las medidas de higiene dictadas por las autoridades públicas y de sanidad y colaborar a las municipalidades, para evitar la propagación de las enfermedades infecciosas y de un modo particular de las afecciones venéreas". En las capitales de departamento se fueron creando las Direcciones de Sanidad Departamentales, siendo la última en constituirse la del Beni en 1926.

Hasta 1929 las direcciones de los servicios sanitarios funcionaron en forma muy irregular. Ignorando el Ejecutivo que estaba vigente la ley de 1906, según Juan Manuel Balcázar, se dictó el decreto de mayo de 1929 creando por tercera vez la Dirección General de Sanidad con las mismas atribuciones ampliadas a la supervigilancia de la higiene escolar, la higiene industrial y la protección de la infancia. Para evitar la duplicidad de funciones y de personal las Asistencias Públicas y las Direcciones de Sanidad departamentales, fueron refundidas en una sola por cada capital de departamento con la denominación de Dirección de Sanidad Departamental y Asistencia Pública (dentro del 30 de junio del mismo año). También en dicho decreto se consideró conveniente crear "*algunas zonas sanitarias agrupando dos o más distritos departamentales o provinciales a fin de dar más eficiencia a la atención*". Se empezaban a tomar en cuenta a los principios de la Organización Sanitaria de regionalización y subdivisión del trabajo bajo la unidad directiva.

El Presidente Hernando Siles pidió por entonces a la Liga de las Naciones en su Sección de Higiene, el envío de uno o más especialistas o una comisión interdisciplinaria para que previo un estudio de la realidad sanitaria y de sus necesidades aconseje un plan de trabajo, de cuya ejecución se encargaría la misma comisión o personal boliviano o mixto. La comisión estuvo a cargo del Dr. Mackenzie, experto epidemiólogo, acompañado de Marcelino Pascua, médico español especializado en bacteriología y análisis químico. El cuestionario que la Dirección general de sanidad había formulado planteaba los siguientes puntos: 1) vacunación antivariolosa, encuesta sobre paludismo, anquilostomiasis y protección de la infancia; 2) organización de las Sanidades Departamentales; 3) Preparación técnica especializada de médicos sanitarios; 4) Organización de la estadística sanitaria.

Lamentablemente esta comisión también fracasó porque, o no eran suficientemente competentes los asesores o no tomaron verdaderamente interés en los estudios. Su informe fue calificado de ingenuo y pintoresco, sin presentar conclusiones prácticas relativas al cuestionamiento que no había sido tomado en cuenta por los informantes.

La Sanidad Militar estuvo organizada desde 1912, siendo su Director General el Dr. Elías Sagárnaga y en 1915 se aprobó el Reglamento Interno del Hospital Militar preparado por el Dr. Sagárnaga. Durante la Guerra del Chaco la Sanidad Militar se

desempeñó en coordinación con las Direcciones departamentales de Sanidad del Sur. Después de la guerra, bajo el Gobierno de David Toro surgió la determinación de perfeccionar el ordenamiento sanitario, de ahí que el Decreto Supremo del 15 de julio de 1936 decía que “es propósito del Gobierno organizar la sanidad nacional mediante una entidad única, que comprenda todos los servicios de este género, sean ellos nacionales, departamentales o municipales”. Así, se creaba el **“Departamento Nacional de Higiene y Salubridad”, entidad técnica dentro del Ministerio de Trabajo, “mientras se eleve el rango de Ministerio de Higiene y Salud Pública”**. Respondía a las necesidades técnicas y económicas de los servicios de salud y a la necesidad de otorgarle cierta autonomía, de ahí que por la parte resolutive se fusionaba la Dirección General de Sanidad, la Sanidad Escolar, las Direcciones de Lucha contra la Tuberculosis, Lucha Antipalúdica y el Servicio de Fiebre Amarilla, las farmacias públicas y todos los servicios similares, en tanto se dejaba claramente establecido que la Sanidad Militar, dependería directamente de la Jefatura del Estado Mayor.

De modo complementario el Decreto del 17 de abril de 1937 del mismo Gobierno de David Toro, dispuso que *“desde el 1° de mayo del 31 del mismo mes las municipalidades debían entregar a las jefaturas de sanidad departamental correspondiente, todos los servicios de sanidad y hospitales, bajo su dependencia con un inventario y que debían depositar en su tesoro departamental las sumas para la atención de estos servicios”*.

El Dr. Adolfo Flores, nacido en Santa Cruz, con estudios de medicina en Buenos Aires, donde residió muchos años fue el primer Director General de Sanidad, de sólida formación socialista ocupando dos despachos ministeriales, el de Gobierno primero y posteriormente el de Comunicaciones, en la gestión de Bautista Saavedra. Fue el primer Director General de la Sanidad Pública, dando muestras de su sólida formación profesional y una excepcional visión sanitarista, para su época en cuanto a planificación sanitaria demostrada en la campaña antipalúdica a nivel nacional con sede en Mizque, población opulenta en otras épocas desde la colonia, donde el paludismo casi había acabado con la población. Inicio en epidemiología, la patología regional al establecer que los problemas de salud eran diferentes según las regiones del país y que las soluciones en el campo de la salud pública son eminentemente locales y que de la experiencia conseguida en determinada regiones afectadas por un determinado problema, los resultados podían ser replicadas con éxito en situaciones similares (concepción de las áreas pilotos) en todo el país.

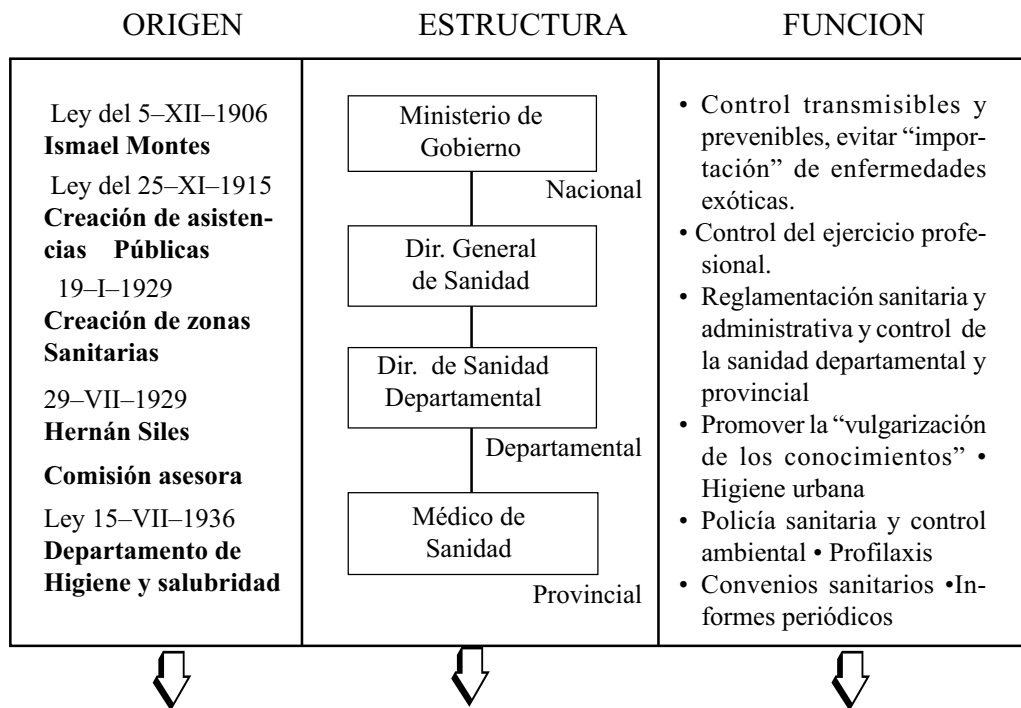
Los encargados de llevar adelante esta campaña fueron el Dr. César Mosco y Mario Castillo, cuyos alcances adquirieron relevancia histórica, no sólo porque disminuyó y después desapareció el paludismo en Mizque, sino por el reconocimiento de un

trabajo racional y metodológico, de inicio de las acciones profilácticas técnicamente concebidas, lo que hizo sostener al cuerpo médico de La Paz que la profilaxis de la lucha antipalúdica se debió a la creación de la Sanidad Nacional. El Dr. Moscoso afirmaba en el “*Boletín de la Dirección General de Sanidad*”, fundado por Adolfo Flores, “*que la historia de la sanidad en Bolivia era una página en blanco y que las distintas organizaciones sanitarias habían sido un simple formulismo*” como resultado de su análisis de la situación de salud del país⁸⁵.

Los alcances logrados en la organización sanitaria en esta época, indudablemente corresponden a los facultativos que llegaron a ocupar los cargos de Directores Nacionales y directores departamentales de Sanidad, todos brillantes profesionales, muchos de ellos políticos y algunos apasionados “*higienistas*” que contribuyeron al desarrollo sanitario, interviniendo en la elaboración de leyes, decretos, resoluciones y reglamentos así como con su capacidad organizativa en busca de la mejora social de la población. Fueron directores de Adolfo Flores, Daniel Bilbao Rioja, Renato Riverin, Juan Manuel Balcázar y Emilio Lara Quiroz; fue primer presidente del “Departamento Nacional de Higiene y Salubridad”, el Dr. Enrique Berríos y al tomar nuevamente la denominación de Dirección General de Sanidad, la nueva dirección fue encomendada sucesivamente a Abelardo Ibáñez Benavente, Renato A. Riverin y Eduardo Campero. En el año 1937 al elaborar el informe de la Dirección General de Sanidad figuraban como jefes de Sanidades Departamentales: Dr. Anastasio Paravicini, por Chuquisaca, Dr. Luis Landa Lyon por La Paz, Dr. César Adriázola por Cochabamba; Dr. Simón Mendivil por Potosí, Dr. Osvaldo Vaca Diez por Santa Cruz; Arturo Molina Campero por Tarija, Abel Elías Mendizábal por Oruro.

⁸⁵ Rolando Costa Arduz. Antecedentes y Desarrollo de la Legislación Sanitaria en Bolivia. OPS/OMS. La Paz 1992.

LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD



El principio de la organización de sistema de servicios institucionales con rasgos técnicos y administrativos

El siglo XX se iniciaba con un censo de la población encargado a la Oficina de Integración, Estadística y Propaganda Geográfica, creada por el presidente Pando. El número de habitantes llegaba a 1,816,271 que el censo clasificaba en 1,725,71 “*bolivianos*”, mientras que los pobladores de los grupos selvícolas eran considerados en una cifra aparte como 91,000 “*salvajes*”. El país tenía una densidad de 0,99 habitantes por km². El porcentaje de la población indígena estaba estimado en un 56%, un 30,18% de “*mestizos*”, 11,83% de “*blancos*” y un 3% de habitantes negros. En cuanto al hábitat, la población rural era del 90% y apenas un 10% de los habitantes vivían en las ciudades⁸⁶.

El analfabetismo era superior al 89% y solamente el 12,5% de la población recibía educación. Otros datos sobre magnitud de los problemas sanitarios, incidencia o prevalencia de las enfermedades no se registran todavía en el censo de 1900 que hasta entonces era el más completamente realizado. Un esfuerzo de contar con estadísticas vitales, como el que intentaba Valentín Abecia, se encuentra en el “*Boletín de Estadística y Demografía de la ciudad de La Paz*”, de Elías Sagárnaga, que será

⁸⁶ Grupo Canelas. Bolivia en el Milenio. Diciembre 1999, Cochabamba- Bolivia.

presentado en capítulo aparte. Las acciones que de acuerdo a las atribuciones que le daba la ley a la Dirección General de Sanidad, para su descripción, han sido agrupadas, tomando en cuenta las referencias de su ejecución y/o resultados alcanzados en los capítulos correspondientes a profilaxis de las enfermedades dominantes, la fundación Rockefeller y saneamiento del medio; educación médica y ejercicio profesional, los hospitales y la Cruz Roja Boliviana.

EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

El control de las enfermedades transmisibles se inició en el país con un enfoque técnico y racional en la disposición dada por la Dirección General de Sanidad en 1929 (2 de junio), que fijó las normas para la declaración oficial de las epidemias y las medidas que debían adoptarse bajo los enunciados de que *“asumía el control de todo lo referente a la higiene dictando las medidas de profilaxis que juzgue necesarias”*. El decreto determinaba *“que la declaración de una epidemia dentro o fuera del país, no podía emanar sino de la autoridad suprema de la República que era la encargada de celebrar tratados y convenios sanitarios”*.

“La experiencia ha demostrado que la falta de uniformidad en los procedimientos y en la acción ha dado lugar a serias alarmas dentro y fuera del país, que han perjudicado los intereses del comercio por las desconfianzas que siembran los anuncios de epidemias, informes precipitados o faltas de cualquier procedencia, alarman a los países vecinos ... debiendo sólo poder hacerlo la Dirección General de Sanidad precedidos estos informes de serias investigaciones científicas”.

Sobre las enfermedades epidémicas y las llamadas exóticas ya se tenía conocimiento de sus modalidades propias en la patología nacional describiendo a continuación algunas de las que se tienen la historia de su aparición e identificación.

El **Alastruín** fue por primera vez evidenciado por David Trigo Arce en Roboré en 1935 en una epidemia de caracteres leves y en octubre de 1936 por Félix Veintemillas en un brote en la ciudad de La Paz.

La **coqueluche**, tos ferina y *“tos de ahogo”* en el lenguaje popular tomó rápido incremento en el país, constituyendo un flagelo para los niños sobre todo en invierno; el Instituto de Bacteriología se encargó de preparar vacuna preventiva y curativa.

El **Dengue** se presentó en dos brotes epidémicos en la ciudad de Santa Cruz entre enero de 1931 y febrero de 1932, la descubrieron sucesivamente Uldarico Zambrana y Félix Sánchez Peña, quien elevó un informe sobre la aparición de esta epidemia

que está contenido en su libro *“Memorias de Un Médico del Tercer Mundo”* (Santa Cruz, enero 1981). *Mi primera preocupación (yo acababa de posesionarme del cargo de Director de Sanidad Departamental) fue la de prestar la atención que merecía una epidemia que por primera vez azotaba a nuestra población. Una vez presentada ella con caracteres que no guardaban armonía con ninguna de las enfermedades conocidas en nuestro medio, hicimos en unión con el cuerpo médico local, el estudio correspondiente habiéndose llegado a la conclusión de que se trataba de la enfermedad denominada Dengue y muy común en ciertos países tropicales (Extremo Oriente) y en nuestra América (Brasil”*. Hecha la identificación de la enfermedad el Dr. Sánchez Peña sigue informando que: *“Hice luego un estudio epidemiológico y sintomatológico, pues no se me escapaba la importancia que tenía su aparición para la ciencia y la salubridad nacionales y para la higiene en general”*.

El estudio epidemiológico se refiere a la aparición de la epidemia, su inicio, su difusión y declinación, su relación con las alzas de temperatura media del ambiente, en verano 32 °C a la sombra: *“Como según la creencia más generalizada son los mosquitos los transmisores de la afección, su propagación se facilitó enormemente, pues justamente en esa época y a causa de la favorable temperatura, la reproducción de los mosquitos aumentó en gran escala. Según la información que se puede recoger tanto del cuerpo médico como de otras fuentes, la enfermedad ha debido venir de la vecina República del Brasil, por vía de Puerto Suárez, San José de Chiquitos; esta observación se funda en que los primeros casos observados se presentaron en viajeros de esos puntos y además en que la enfermedad se presenta con relativa frecuencia en el Brasil, no ha sido posible confirmar esta observación en la que creo estará mejor informada la Dirección General de Sanidad”*. Después de referirse a la declinación de la epidemia, coincidente con la baja temperatura ambiente que llega a 12°C, estima la morbilidad en 95 a 98 por ciento de acuerdo a estadísticos confeccionados por los médicos en la población escolar, considerando la misma morbilidad en el resto de la población, afirmando *“que no ha habido casos de muerte atribuibles al dengue, la epidemia ha influido en la morbilidad pero no en la mortalidad, como puede verse en las estadísticas municipales que señalan morbilidad alta y mortalidad baja”*. Después de hacer una descripción de los síntomas el Dr. Sánchez Peña acota: *“La sintomatología se encuentra igual a la descrita para la enfermedad por los autores de los diversos países tropicales donde han sido estudiados con todo detalle y últimamente en Grecia que ha sufrido hace solo tres años, para terminar su informe en los siguientes términos: “en resumen la epidemia que hemos tenido en esta ciudad y otros pueblos del departamento, concuerda en sus caracteres epidemiológicos y su sintomatología con el llamado Dengue del Extremo Oriente o Enfermedad de los Siete Días, que se ha presentado en diversos países tropicales de nuestra América y otros continentes. Actualmente la epidemia*

ha desaparecido por completo (1932) y solo se mencionan casos aislados que dicho sea de paso no hemos podido comprobar. Es dudoso que se trate de la misma enfermedad porque los casos supuestos son muy raros y la dolencia es esencialmente epidémica”.

El Dr. Jorge Garrett se su Historia de Medicina en Santa Cruz (1992), se refiere a que hace cuatro años o sea en 1988 se presentó una epidemia identificada como Dengue Mayaro, que tuvo características de gravedad en muchos pacientes, coincidiendo con un incremento notable de vectores.

La Difteria (crup, angina, membranosa, garrotillo) hasta 1912, aunque no muy frecuente, era de las más temibles porque el médico se encontraba desarmado para el tratamiento; el mejor recurso seguía siendo el tubaje que fue difundido por Néstor Morales Villazón.

La **Disentería** ha sido la enfermedad más endémica después del paludismo; en la ciudad de Santa Cruz dominó una epidemia de disentería bacilar desde septiembre de 1933 hasta mayo de 1934 con una mortalidad del 40% en el hospital civil y 15% en el hospital militar. En el Chaco hizo enormes estragos entre los combatientes difundiéndose en todo el ejército. Se ha dicho y confirmado por médicos y militares que asistieron a la guerra que la disentería, el paludismo, la avitaminosis y la adenitis tuberculosa han matado más que las balas enemigas. Por mucho tiempo se consideró como disentería amebiana por falta de exámenes de laboratorio que dieran un certero diagnóstico y se prescribió el tratamiento para estos casos. Ante la sospecha del profesor de Parasitología de la Facultad de Medicina de Montevideo Rodolfo V. Talice, de tratarse de una disentería bacilar, el 25 de febrero de 1934 el profesor Félix Veintemillas, jefe del laboratorio que llevó al Chaco comunicó a la Dirección General de Sanidad que había acabado de hacer la comprobación de que la disentería del Chaco era bacilar, modificándose su tratamiento, reduciéndose la epidemia, aunque tarde, puesto que la guerra estaba a punto de terminar.

La enfermedad de Chagas fue identificada en Bolivia por Salvador Mazza en 1937 al haber comprobado infestación por *S. Cruzí* de triatoma infestan en Irupana (100%) y otros lugares del departamento de La Paz; en Tupiza, Villazón y alrededores con porcentajes más bajos, del departamento de Potosí; en Sucre y Camargo de Chuquisaca, en Quillacollo y la capital en Cochabamba; en la ciudad de Santa Cruz; en el palmar y Tarija de este departamento. Con todos estos resultados Mazza llegó a la conclusión de que “la enfermedad de Chagas existe seguramente difundida en todo el territorio de Bolivia”.

La Fiebre Amarilla. Después del estudio clínico epidemiológico de Nicolás Ortíz y Camo en 1877, fue calificada como selvática por el Dr. Fred L. Soper, y Bolivia como el primer país que presentaban casos típicos, habiendo demostrado por otra parte cómo puede mantenerse latente el virus y aislados los vectores, a través de muchos años hasta que ciertas condiciones especiales y la presencia ocasional de personas no inmunizadas pueden hacerlas recrudecer. Es en Bolivia donde se han presentado los primeros casos de fiebre amarilla sin la presencia de stegomía y más bien un poco más tarde con la infección de estos después de confinada la enfermedad.

En marzo de 1932 a consecuencia de una epidemia ocurrida en Santa Cruz, y ante la confirmación por laboratorio de Osvaldo Cruz del Brasil de que se trataba de fiebre amarilla, fue que la Dirección General de Sanidad hizo un contrato con la fundación Rockefeller.

El Dr. Félix Sánchez Peña que como Director Departamental de Sanidad en Santa Cruz, tuvo bajo su responsabilidad el control de esta epidemia, en su trabajo informe sobre Fiebre Amarilla después de exponer las consideraciones sobre su inicio, procedencia de los primeros casos de Vallegrande en civiles y conscriptos del ejército, la ubicación de los casos y de los 24 fallecimientos ocurridos, nos hace el siguiente relato acerca de la situación presentada: *“Establecer el diagnóstico no fue tarea fácil; en la opinión del distinguido médico Uldarico Zambrana expresado en un telegrama enviado al ministro de Gobierno de la Nación decía: Encontré espiroquetas en la sangre de dos enfermos atacados por la epidemia; pienso que podría tratarse de Fiebre Amarilla o bien de espiroquetosis ictero-hemorrágica”*. Ante las opiniones contradictorias de los médicos y criterios dispares en busca de una solución se enviaron piezas del hígado para los estudios histopatológicos de los fallecidos con su historia clínica, tanto a Río de Janeiro como a La Paz y por otro lado se recibieron visitas de comisiones nacionales e internacionales. La Comisión de la Sanidad nacional conformada por el Dr. Juan Manuel Balcázar y el Dr. Luis Prado Barrientos para la identificación de la enfermedad usaron la técnica de la llamada reacción de alergina, basada en la disminución de esta sustancia en la sangre de los enfermos de Fiebre Amarilla. Los resultados fueron negativos, por lo que después se comprobó que esta prueba no tenía ningún valor. Es curioso anotar que cuando la comisión llegaba a su equivocada conclusión, también se recibía de Río de Janeiro del instituto Osvaldo Cruz, un telegrama expresando que los exámenes de las piezas enviadas de Santa Cruz, por el estudio de Fiebre Amarilla habían sido negativos para Fiebre Amarilla, lo que aparentemente confirmaban los experimentos del Dr. Balcázar y el Dr. Prado Barrientos. Los estudios realizados por la misión

del Dr. Salvador Mazza, enviado por el Gobierno de la Provincia de Salta y por los Dres. Juan Carlos Alonso Mujica y Antonio Zuccarini del Departamento Nacional de Higiene de Buenos Aires, permitieron llegar al diagnóstico definitivo respaldados por nuevos exámenes patológicos y serológicos que se hicieron en Río de Janeiro. La Formación Oficial fue conocida por el Presidente de la República del 20 de mayo de 1932". A consecuencia de esta información el gobierno decidió la contratación de los servicios de la Rockefeller, en la que poco después el Dr. Félix Sánchez Peña fue designado Director Nacional de Fiebre Amarilla.

En su libro *"Memorias de un Médico del Tercer Mundo"*, el Dr. Sánchez Peña hace la siguiente consideración en relación a la naturaleza de la enfermedad en Bolivia: *"La Fiebre Amarilla Selvática según se describe en la literatura médica especializada fue descubierta por el Dr. Fred Soper el año 1932 en estudios epidemiológicos realizados en un pueblo llamado el Valle de Cunna en Espíritu Santo (Brasil). Nosotros, yo y el Dr. Valda, médicos bolivianos que trabajan en el Beni al servicio de la Rockefeller y el que escribe, habíamos ya llamado la atención del Dr. Walcott, jefe de la Fundación en Santa Cruz sobre el hecho de haber encontrado casos de Fiebre Amarilla producidos en áreas selváticas. Nuestro jefe desestimó rotundamente nuestro hallazgo arguyendo que no había Fiebre Amarilla sino en las ciudades. De todas maneras el descubrimiento de Soper significó un aspecto nuevo en la lucha contra las enfermedades. La forma selvática no se debe al aedis, sino a otras especies de mosquito como el hemagogus spegarzini y los monos y otros animales silvestres son los reservorios"*

La fiebre recurrente. Desde 1919 era sospechosa su presencia en La Paz. Morales Villazón en 1920 diagnosticó por primera vez bacteriológicamente en el momento en que los casos se presentaban con características epidémicas.

Las fiebres tifoideas, paratifoideas y colibacilares, muy comunes en esos periodos en el país, más frecuentes entre los indígenas, ha alcanzado en ellos cifras de mortalidad elevadas hasta el 60 y 70%.

La franboesía fue identificada por el profesor Elías Sagárnaga en 1906 y por el profesor Félix Veintemillas en 1928 siendo los primeros que se ocuparon de esta enfermedad conocida en el país con los nombres de "tacadai" – en su primera etapa y "sejteti" cuando está bien desarrollada.

La Leishmaniasis fue preocupación desde la guerra del Acre en sus formas de espondia y botón de oriente que eran las únicas conocidas en el país. La preocupación estaba centrada sobre todo en la espondia que había hecho estragos en los comba-

tientes que se trasladaban desde el altiplano al trópico del noroeste. Los médicos que participaron en dicha campaña fueron principalmente Elías Sagárnaga, Jaime Mendoza, Arturo Ballivián Otero que se ocuparon particularmente de dicha enfermedad, a la que los habitantes de esas localidades la conocían como úlcera tropical, úlcera crónica, uta, espundia, etc y la curaban con yerbas y brebajes. La identificación y descripción de la enfermedad, como leishmaniasis, después de años de discusiones, se aclaró con Carlos Chagas en Río de Janeiro en 1913, en una conferencia en la que se señaló los verdaderos conceptos que debía tenerse con tal discutida enfermedad, de que la espundia no era sino una de sus formas clínicas. Félix Veintemillas que estudiaba en el Instituto Osvaldo Cruz “comunicó estos alcances y en 1915 calificó a la espundia como leishmaniasis tropical americana”, en 1935 describió la leishmaniasis tropical hipertrófica, tipo elefantíasis.

La Lepra en La Paz. Siendo el Dr. Félix Veintemillas todavía estudiante de medicina comunicó el primer caso de Lepra, identificado bacteriológicamente en la ciudad de La Paz en un artículo científico que publicó el Comercio de Bolivia, el 12 de diciembre de 1912: *“El Diagnóstico fue establecido en un enfermo que desde varios meses ocupaba cama en el hospital y que de tarde en tarde vagaba por las calles, sirviendo de lazarillo a un ciego. Los estudios posteriores comprobaron al microscopio la Lepra, en varios casos de enfermos con la colaboración clínica de los Dres. Emilio Lara Quiroz, Daniel Bilbao, Adolfo Flores, Pedro Valdivia, admitiéndose que todos estos casos eran provenientes del interior del país, Chuquisaca, Cochabamba, Santa Cruz, Beni y Pando”*.

En su informe titulado *“La Lepra en La Paz, nota para la Dirección General de Sanidad”*, del 4 de abril de 1945, como resultado de sus trabajos confirma que *“pero ahora es también el Departamento de La Paz que tiene un foco leproso confirmado ya propio. Es así que en mi oficio al Ministro de Higiene y salubridad, de octubre de 1939 denuncié con la colaboración del Dr. Luis Mora, el caso de Lepra yungueña en las vecindades de Irupana...”* (Suplemento del Instituto Nacional de Bacteriología por el Dr. Félix Veintemillas, diciembre 1945. La Paz- Bolivia).

La Peste Bubónica. Con motivo de una epidemia declarada en Mollendo en 1903 y a pedido del gobierno se creó una comisión que la integraron miembros de la Sociedad Médica de La Paz, que estaba formada por Manuel B. Mariaca, Natalio Aramayo y Néstor Morales. Esta comisión aconsejó una serie de medidas dentro de lo limitado de los conceptos epidemiológicos que se tenía entonces acerca de la enfermedad, lo mismo ocurrió con otras comisiones porque nuestra organización sanitaria no permitía mejores estudios. La primera epidemia confirmada es la de Padcaya, provincia Arce del departamento de Tarija en los primeros días de enero de 1921. Se utilizó vacuna Argentina, se estableció un cordón sanitario y hasta se llegó a incen-

diar ranchos. Más importante fue la epidemia de Vallegrande en 1828 sobre la que se discutió mucho en relación al diagnóstico porque hasta entonces no se había tenido referencia de la de Padcaya. Se provocó una polémica entre José Antonio Hartman que dudaba de la existencia de peste bubónica en aquella región y Félix Veintemillas que era el jefe de la campaña que combatió la epidemia. Como las discusiones se hicieron muy violentas, Veintemillas apeló al Instituto Médico Sucre “por falta de tribunales apropiados”. El Instituto no fue categórico en sus conclusiones y se limitó a estudiar y comentar los documentos presentados, pero no sobre si lo ocurrido en Vallegrande era o no epidemia de peste bubónica, alegando que “ninguno de los miembros de la comisión ni del Instituto habían actuado en ese lugar y mal podían dar una opinión personal”. Veintemillas descontento con el informe lo reprobó y pidió un pronunciamiento más terminante. El Instituto respondió que “no podía revisar el informe de la comisión y que había procedido con toda seriedad y honradez”. Con todo, Veintemillas llegó a comprobar su diagnóstico en una conferencia con el material que llevó de Vallegrande una vez concluida la campaña, poco después llegaban las respuestas afirmativas de los Institutos Osvaldo Cruz de Río de Janeiro y de Higiene de Buenos Aires, a los que se había consultado.

En relación con el control de enfermedades existen disposiciones varias que constituyen atisbos de una política preventiva como una serie de decretos especificando acciones respecto a la difteria, la tifoidea, el tifus exantemático, el paludismo, la tuberculosis y otros dispositivos de carácter general para combatir epidemias sin especificar la naturaleza de la infección y la otorgación de créditos y fondos extraordinarios a cargo de los fondos generales del gobierno. En 1929 se establecieron en relación a la viruela, normas de vacunación y revacunación dividiendo el país en 9 zonas sanitarias con estadísticas y determinando un plazo de dos meses para visitar todos los poblados de los departamentos.

En 1933 el Dr. Eusebio Loza Quiroz, decano de la facultad de Medicina, envió al Ministro en el Despacho de Gobierno un proyecto de Ley para prevenir las enfermedades venéreas, que establecía la necesidad de derogar toda disposición que reglamente la prostitución; inició la creación del departamento de Lucha antivenérea del Ministerio de Higiene y Salubridad en 1940 (8 de junio).

LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER

El 27 de abril de 1932 el Instituto Osvaldo Cruz informó cablegráficamente a la Dirección General de Sanidad que los exámenes histopatológicos (en las piezas anatómicas de Feliciano Peralta, fallecido el 6 de abril) dieron resultado positivo de fiebre amarilla. Los demás laboratorios Butantan de San Paolo y Finlay de la Habana, a quienes también se había enviado el material patológico extraído de los falleci-

dos con los síntomas de la supuesta fiebre amarilla en Santa Cruz con intervalos de algunos días, secundaron esta afirmación. La Dirección general de Sanidad gestionó de inmediato la intervención de la Fundación Rockefeller. Los doctores Fred. L. Soper, eminente epidemiólogo, Inspector General del Servicio de Fiebre Amarilla de la Fundación por entonces en compañía del Dr. Alban Moore Walcott representante de la División Sanitaria Internacional de la Fundación, estuvieron pronto en Bolivia. Para la ejecución del programa ya preestablecido de lucha contra la fiebre amarilla, con la autorización del Gobierno se suscribió un contrato firmado por Renato Riverin, Director General de Sanidad, y el Dr. Allan Moore Walcott por la Rockefeller el 20 de junio de 1932⁸⁷. A los pocos días el Servicio Nacional de profilaxis de fiebre amarilla quedó definitivamente establecido en Santa Cruz (15 de XII 1932). La Fundación Rockefeller continuo trabajando renovando contratos con proyectos más definidos y ampliando sus funciones en los territorios del oriente del país donde las enfermedades endémicas producían un gran obstáculo a la colonización. Durante el Gobierno de David Toro se firmó la renovación del contrato (30-III-1937) así como la designación de una comisión de cuatro profesionales nacionales para especializarse en el Instituto Osvaldo Cruz del Brasil.

En una primera fase se ampliaron sus acciones con la campaña profiláctica contra el paludismo y leishmaniasis bajo la experta dirección del Dr. Hewory Carr, colaborado por el epidemiólogo boliviano Dr. Nemesio Tórrez Muñoz, jefe de la sección de Profilaxis de Fiebre Amarilla y otros profesionales nacionales y extranjeros, médicos, ingenieros, laboratoristas y sanitarios. En esta institución se formaron los primeros epidemiólogos bolivianos como Nemesio Tórrez Muñoz, Jorge Doria Medina, Víctor Lora, César Moscoso, Rafael Torrico entre otros. La Rockefeller desarrolló técnicamente el combate a las enfermedades prevalentes de la época, fiebre amarilla, paludismo, uncinariasis, peste y tifoidea mediante acciones definidas en cuanto lugar y tiempo, que constituyen las campañas logrando la erradicación de la fiebre amarilla urbana y la prevención y el control de las otras enfermedades sin construir infraestructuras de servicios generando la necesidad en la población y autoridades sanitarias de contar con programas permanentes.

SANEAMIENTO DEL MEDIO

Existe una clara visión del saneamiento como determinante de las normas de higiene pública para la prevención de enfermedades, en el periodo, proponiendo la instalación de alcantarillado y agua potable; Gutiérrez Guerra autoriza contratos para obras de alcantarillado para La Paz y Cochabamba y posteriormente en Oruro (1911). En 1927 se adoptó para toda la República un reglamento de instalaciones domiciliarias con 122 instrucciones técnicas y administrativas. A lo largo de toda la gestión del Presidente Montes, la preocupación de los gobiernos está orientada a declarar la necesidad y utilidad pública, estudiar e implementar en definitiva la provisión y

⁸⁷ Juan Manuel Balcázar. Epidemiología Boliviana. La Paz, Bolivia 1946.

distribución de agua potable para cuyo efecto, algunos de los gobiernos optaron por autorizar hipotecas o bienes en garantía de créditos o empréstitos y consignando algunos servicios específicos en el presupuesto. En relación de la vivienda, se estableció a nivel de los departamentos dependientes de la Dirección Departamental de Sanidad el Departamento de Higiene de la vivienda, a cargo de un médico.

EDUCACIÓN MÉDICA Y EJERCICIO PROFESIONAL

Para el ejercicio profesional de la medicina y sus ramas anexas se organizaron los “*tribunales examinadores*” en las facultades de medicina para recibir exámenes de ingreso en las carreras de medicina, farmacia, odontología y obstetricia (21-XI-1907). El título profesional era conferido por el Ministerio de Instrucción, previo informe de la Dirección General de Sanidad y se autorizaba el ejercicio profesional a los titulados en universidades de los países con los que existían convenios sobre el ejercicio profesional. El Presidente Villazón (24-IX-1910) facilitó el libre ejercicio de la profesión médica a bolivianos egresados en el exterior. El Dr. Hernando Siles reglamentó (21-VIII-1928) la cancelación de las autorizaciones temporales del ejercicio profesional que no hubieran logrado cumplir el trámite completo, recomendando que no se extendieran más autorizaciones temporales.

En el periodo correspondiente, según Juan Manuel Balcázar, “*se incorporaron 174 profesionales de la salud lo que representa un incremento de 7,5 al año*”. Por profesionales se tiene el siguiente detalle: médicos 76; dentistas 56; farmacéuticos 24; matronas 15 y enfermeras 3. El incremento de médicos fue de 3 médicos por año.

El ejercicio de la medicina forense, en el tiempo de Montes, tuvo una importancia que no alcanzó en los años posteriores. Se restablecieron los médicos forenses en las capitales de departamento y jerarquizó sus funciones dándoles la categoría de jueces de partido, gracias a la influencia de Andrés Muñoz y Valentín Abecia que intervenían a nivel del congreso (26-II-1908).

Por Decreto Supremo Bautista Saavedra (8-IV-1925) en el mes de agosto, celebración del primer centenario de la República llamó al cuerpo médico a concurrir al Primer Congreso Médico Nacional, por intermedio del Ministro de Instrucción señalando los puntos a tratar; hasta entonces todavía no se había constituido la organización gremial.

El presidente Villazón (19-I-1911) expidió un decreto con artículo único por el cual en los lugares donde no existían farmacéuticos titulados podría permitirse el despacho de boticas y droguerías a los que poseen una práctica de diez años por lo menos debidamente acreditado. “*El decreto no fue bien recibido puesto que autorizaba el empirismo*”.

MEDICINA DEL TRABAJO Y LEGISLACIÓN LABORAL

En relación a accidentes de trabajo y su atención médica (medicina laboral, medicina del trabajo) no se había alcanzado ninguna expresión concreta después de que el Presidente Montes diera curso a una resolución del 24 de agosto de 1914 la que se circunscribía a señalar que las empresas de explotación minera debían comunicarse de inmediato, en relación a los accidentes de los obreros y proveer de curación y cuidado a los heridos. Diez años después en 1924 Bautista Saavedra en un decreto, determinaba que *“debe indemnizarse en virtud de demandas ante el juez instructor de la jurisdicción jurídica, mientras se organice el Departamento Nacional del Trabajo*. En 1928 se especificaron las llamadas enfermedades profesionales contraídas en fábricas, talleres y fundamentalmente en las minas y centros mineros. El Decreto Supremo del 11 de junio del mismo año especificaba 17 enfermedades profesionales, se reglamentó el trabajo de mujeres y los niños en fábricas e industrias y se reglamentaron los turnos y horarios. En 1932 se creó la Caja de Pensiones, jubilaciones y montepíos para los empleados de telégrafos y correos del Estado.

El Decreto Supremo del 23 de mayo de 1935 creaba la Caja de Seguro y Ahorro Obrero, con una sección correspondiente a la indemnización por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, aunque la administración de este capítulo era fundamentalmente patronal. Este es el antecedente que originó la seguridad social en Bolivia.

LOS HOSPITALES

Los Hospitales conservaron su organización y características estructurales desde la fundación de la república, hasta cerca del año 1920 casi todos estaban remodelados ya y los más eran adaptaciones en conventos o iglesias y contaban con muy pocos profesionales, un médico, un cirujano, y algún ayudante; este equipo era mayor solo en los hospitales de Sucre, La Paz y Cochabamba donde estaban vinculados a las Facultades de Medicina. A Juan Manuel Balcázar se debe el estudio en detalle de la situación de los hospitales en este periodo del que hacemos un resumen: En La Paz, estaban funcionando los hospitales de Landaeta, Loayza y Lazareto; en una estadística de 1906 se daba la cifra de 379 enfermos para una población de 80 mil habitantes más o menos (dando un índice de 4,6 hospitalizados por mil habitantes). *“Esta cifra demuestra que entonces existían más hospitalizados que hoy (1952) conservando esta proporción, La Paz con más de 320 mil habitantes debería contar con 1,500 enfermos, número que no existe ni en las camas disponibles de todos los hospitales juntos. Prueba, igualmente que el estado sanitario de la población ha mejorado desde entonces. El Hospital General de Miraflores u Hospital de Clínicas, cuya construcción se inició a mediados del año 1913, aunque sus antecedentes se*

originaron en 1905 se terminó de construir y entró en funcionamiento en 1920, año en que la mezcla de material nuevo y viejo y de costumbres igualmente de antaño y hogaño, tanto para el público y el cuerpo médico, se habían dado un gran paso y resuelto por mucho tiempo el problema hospitalario". La Guerra del Chaco y la mayor demanda de internos obligaron la construcción de hospitales de emergencia en 1932, entre ellos el más importante y completo fue el de Cirugía y Ortopedia que fue fundado con recursos del Banco Central, y que concluida la Guerra pasó a depender del Estado como hospital de Broncopulmonares, ocupaba el espacio en donde ahora se encuentra al lado del Hotel Radisson- la Plaza Bolivia y mucho más hasta el río. Después de la Guerra del Chaco se instaló el Hospital de Ojos "Saíd" llamado así en homenaje a su benefactor, que a instancias del Rotary Club y empeño del Dr. Luis Landa Lyon, su primer director, lo construyó y equipó por su cuenta; ocupaba la esquina sur del actual Hospital Militar.

En Chuquisaca continuo prestando servicios el Hospital Santa Bárbara. A iniciativa del Dr. Nicolás Ortiz, con el aporte del pueblo y el cuerpo médico mediante tómbolas, bazares y donaciones, en 1914 se instaló la maternidad; de igual manera se habilitó el pabellón de niños por gestiones de Jaime Mendoza, quien contribuyó con la venta de su libro "*Apuntes de un Médico*", el Dr. Aniceto Solares, en igual forma instaló el consultorio de ojos, como profesor de la materia. En las provincias se contaba con los hospitales de Padilla, Yotala, Camargo, Tarabuco y Zudañez, improvisados sin plan alguno.

En Cochabamba estaba instalado el "*Hospital Viedma*" que era mixto y fue remodelado y se sometió a una reparación general en 1924, con el apoyo de la Facultad de Medicina adquirió la categoría de un moderno hospital para la época. En 1912 se construyó el pabellón de niños Santa Albina, anexo al hospital con fondos donados por la Sra. Albina de Patiño que pronto se hizo insuficiente. En el periodo se inició la construcción de una maternidad con muchas dificultades y el Hospital de Tuberculosis Hermógenes Sanjinez fue instalado con muchas deficiencias en el primitivo hospital de emergencias levantado durante la Guerra del Chaco. En las provincias, en el caso de Cochabamba, se fundaron los hospitales de Punata. Aiquile, Totora, Capinota y Mizque.

En Potosí, el San Juan de Dios que data desde la colonia, sirvió hasta la habitación del denominado el año 1940 con el nombre de Daniel Bracamonte. Entregado al servicio durante la Guerra del Chaco y preferentemente ocupado por heridos y enfermos procedentes del campo de operaciones, sólo en enero de 1936 se hizo el traslado del hospital San Juan de Dios. En Provincia se había construido el Hospital de Catavi, el más completo y organizado de las zonas mineras; por aquel tiempo era uno de los mejores de la República y muy cotizado por el cuerpo médico porque se

inicio desarrollando ciertas especialidades. Otros hospitales de las zonas mineras como Telamayo, Pulacayo, Oruni y Oploca estaban en construcción además de los pequeños hospitales del FC Antofagasta Bolivia, en Uyuni y del FC Atocha-Villazón en Atocha. El Hospital de Tupiza fue fundado en 1608 y de él se hicieron cargo las hermanas de Santa Ana, en substitución de una construcción que se había hecho en una casa pequeña y desmantelada anteriormente gracias a la Junta Humanitaria de caballeros, en cooperación de la Municipalidad y el apoyo financiero de Dr. Félix Aramayo que fue su principal benefactor, después fue denominado Eduardo Eguía.

En Oruro se mantenía el único hospital San Juan de Dios, en pésimas condiciones y parciales remodelaciones en la capital, en donde también se construyó el Hospital nuevo San José y uno particular del FC Antofagasta, Bolivia.

En Santa Cruz, el hospital mixto San Juan de Dios, el nuevo que se fundó en la época republicana solo en 1926 pudo contar con el servicio de las hijas de Santa Ana, mejorando notablemente desde entonces su administración.

En Tarija, el hospital mixto “*San Juan de Dios*”, antiguo y estrecho estaba en pleno deterioro, en Yacuiba existía un pequeño hospital de emergencia dedicado especialmente a atender a los trabajadores del F.C. Yacuiba Santa Cruz. El de Entre Ríos jugó un papel importante en los años de la Guerra del Chaco por ser un paro obligado para las fuerzas militares, era además un foco palúdico de los más temibles; solo podía prestar atención de rutina.

En el Beni fue entregado al servicio público en 1931 el hospital “*Guadalupe*”, hoy “*Busch*”, construido en condiciones muy deficientes y que tuvo posteriormente que sujetarse a remodelaciones. Además existían los hospitales de Guayaramerín y Ríberalta, muy superiores al de Trinidad.

Pando, particularmente, estaba desprovisto de establecimientos de salud, en su capital Cobija contaba con un pequeño puesto sanitario y no fue sino hasta 1938, en que gracias a la labor del Dr. Roberto Galindo se iniciaran las obras de un Hospital civil militar.

EL INSTITUTO NACIONAL DE BACTERIOLOGIA “NÉSTOR MORALES VILLAZÓN”

El origen de esta institución la encontramos en el apoyo político del Dr. Ismael Montes, a las iniciativas individuales de un joven médico recién llegado especializado en París, el Dr. Néstor Morales Villazón. Su hijo, el Dr. Armando Morales

Guzmán, ilustre catedrático y pionero de la Cardiología Clínica en Bolivia, bajo cuyo Decanato se funda el Departamento de Medicina Preventiva Social y Salud Pública nos refiere en una crónica⁸⁸ con su visión filial lo siguiente: “ *en este momento el iniciador de la bacteriología boliviana muy joven aún, hizo un primer viaje a París, al Instituto Pasteur, el año 1905, donde recibió la inspiración y los conocimientos necesarios para iniciar la investigación en su patria ...*” y transcribe este auto de fe en su señor padre: “*Fue el año de prórroga del primer gobierno de Ismael Montes, de estos pasos iniciales, el 6 de agosto de 1908, en que queriendo asociarnos al culto de los Padres de la Patria, fundamos las primeras reparticiones del Instituto con el humilde título de Laboratorio de Bacteriología*”.

El local estaba situado en la calle Indaburu, edificio de la Facultad de Medicina, actual Colegio Ayacucho en tres habitaciones del segundo piso. El material disponible se reducía a dos microscopios Zeiss y algunos aparatos para microbiología. Un estudiante de 4º año de medicina, el Sr. Luis Dávila y un sirviente completaban el personal. Al cambiar de sitio el año 1910, la Facultad de Medicina se trasladó a la calle General Campero, el mismo año que fue nombrado decano el Dr. Morales Villazón contando con el personal, de dos profesionales, Morales y el estudiante Dávila, llegando después a contar con profesionales competentes, como los Dres. Félix Veintemillas, Enrique Rengel, Carlos Nieto Navarro y Néstor Orihuela.

En el segundo mando presidencial del Dr. Ismael Montes y a sus incitaciones y sugerencias, se materializó el gran anhelo del Dr. Morales de contar con un edificio propio con instalaciones adecuadas. El 10 de agosto de 1919, se abrieron las puertas del nuevo Instituto Nacional de Bacteriología, como parte de los festejos patrios con la presencia del primer magistrado de la Nación José Gutiérrez Guerra. El Ministro de Gobierno Ismael Vásquez cerró el acto de inauguración expresando: “*La obra del Instituto Nacional de Bacteriología es absolutamente nacional, ayudar a los que se cobijan en el silencio del laboratorio es trabajar por el prestigio del país entero*”. Por entonces, el Instituto según uno de sus profesionales comprometidos, el Dr. Domingo Flores, contaba con una decena de profesionales ilustres, entre los que se encontraban, como segundo practicante de Bacteriología Clínica el Dr. Enrique Hertzog, que fue profesor de anatomía topográfica y técnica quirúrgica, ministro y posteriormente Presidente de la República y entre los que integraron por algún tiempo la planta de profesionales, el Dr. Juan Manuel Balcázar nuestro profesor de Higiene y Salud Pública, autor y creador de “la Epidemiología Boliviana”, y de la fuente de consulta permanente su “Historia de la Medicina en Bolivia”.

⁸⁸ Armando Morales Guzmán. El Instituto Nacional de Bacteriología. Crónica Aguda Año II, N° 49. La Paz 1989.

Podemos destacar para efectos del análisis de la obra realizada por el Instituto tres periodos desde su fundación.

Primer periodo: Desde su fundación el año 1909 como **Laboratorio de Bacteriología** denominado por su fundador hasta el año 1919. En su publicación oficial, la “Revista de Bacteriología e Higiene”, aparece como **Instituto Montes** cuando la influencia de este gran mandatario era decisoria. En este primer periodo de 10 años, de iniciación y promoción científica, su Director es el Dr. Morales Villazón.

Segundo periodo: De 1919 a 1976, como **Instituto Nacional de Bacteriología**, ocupando el actual lugar, desde su inauguración. Su órgano oficial de difusión la “Revista de Bacteriología e Higiene”, desde el N° 48 deja de ser del **Instituto Montes** y es del Instituto Nacional de bacteriología. De los años 1933 al 1947, la publicación oficial es el “Suplemento del Instituto de Bacteriología”. A partir del año 1957 por Resolución Suprema de Hernán Siles Suazo, se denomina al Instituto: Néstor Morales Villazón. En este período dirigen el Instituto los doctores Néstor Morales Villazón, Félix Veintemillas y José Knaudt.

Tercer periodo: Corresponde al actual que se inicia en el año 1976 donde cambia de funciones y de nombre por el de Instituto Nacional de Laboratorios de Salud - INLASA. Dirigen el Instituto, el Dr. Luis Valverde Chinel, la Dra. Graciela Murillo, el Dr. René Angles y actualmente el Dr. Ronald Andrade con funciones técnico administrativas en la conducción de la red de laboratorios del país.

El Instituto tuvo la oportunidad de contar como impulsor y fundador al Dr. Néstor Morales Villazón y entre sus colaboradores a distinguidos profesionales, investigadores y catedráticos que a lo largo de los años han contribuido a la formación y desarrollo de las capacidades profesionales y de investigación de sus seguidores. El instituto, como el Instituto Médico de Sucre, no sólo por su carácter especializado en bacteriología, sino por el rigor científico y una adecuada infraestructura y tecnología, ha constituido una verdadera escuela, en una sucesión histórica de discípulos a maestros que se evidencia con los resultados de su producción científica. En su periodo precursor, elaboró vacunas como la antitífica preventiva, la antiestafilocócica, el suero antidiftérico, la antigonocócica, la tuberculina humana y la tuberculina para uso veterinario. En el campo de la difusión científica en su vocero oficial La Revista de bacteriología e higiene, se encuentran una variedad de temas precursoras de la medicina preventiva: Morales Villazón se ha ocupado de la prevención en los primeros años de la vida en su libro “*Al pie de la cuna*”, de la tuberculosis experimental en las grandes alturas así como de la “*Salud del niño tuberculoso*”. En su periodo de plena realización como Instituto Nacional de Bacteriología continuó con la produc-

ción de vacunas especialmente antivariolosa, BCG y antirrábica de alta calidad comprobada, realizando estudios inmunológicos y producción de sueros específicos.

En 1912 los productos elaborados y distribuidos por el Instituto alcanzaron a 425,092 dosis. El Dr. Félix Veintemillas, profesor de bacteriología e iniciador de la especialidad de otorrinolaringología ha contribuido a la Salud Pública con sus estudios de investigación de la peste bubónica desde su aparición en Vallegrande (1928) así como con sus estudios sobre Rickettsiasis en su libro “*El tifus exantemático en Bolivia*”. Al Dr. Knaudt le correspondió llevar más adelante los estudios iniciados contra esta enfermedad llegando a participar directamente y conjuntamente con el Dr. Eugene H. Payne en la aplicación de la Cloromicetina en seres humanos al Dr. Valverde Chinel, seguidor de los estudios de Knaudt sobre la aparición de la Fiebre Hemorrágica en San Joaquín conjuntamente con el Instituto Maru le correspondió hacer los estudios sobre patología epidemiológica, ecología y aspectos clínicos de la denominada Fiebre Hemorrágica Boliviana.

El original Instituto de Bacteriología, en 10 años hizo grandes progresos convirtiéndose en el Instituto Nacional de Bacteriología, establecimiento oficial de enseñanza e investigación de la bacteriología y después de aproximadamente sesenta años de ilustres servicios no sólo cambió de nombre sino de función, olvidando la misión para la que había sido creado con tanto empeño, con proyección a estos años actuales, como es la necesidad de contar con la investigación, como institución, en salud pública, de lo que carece el país.

EL PENSAMIENTO SANITARIO DE LA EPOCA

Una noticia en el Diario de La Paz de diciembre de 1927 con el título de “*Situación Sanitaria en Bolivia*” decía: “*En todos los países pequeños y grandes existe conciencia higiénica clara. Sólo nosotros quedamos rezagados a último término que designe la pobre ubicación en que se halla Bolivia en relación a los demás pueblos del continente americano. La salud no se hace con leyes matriculadas, ni con recursos votados sin un plan científico. La política sanitaria no puede estar sujeta a los impulsos regionalistas ni a intereses más o menos personales. Hay enfermedades que constituyen problemas propiamente sanitarios. La Malaria sería para nosotros el primer problema; el control de la salud del país debe estar en manos de un higienista especializado*”.

Esta nota suelta, con sus implicaciones en torno a situación sanitaria, conciencia higiénica, política sanitaria, planificación, prioridad y la necesidad de contar con higienistas especializados, reflejaba el sentir de la opinión pública sobre el pensamiento médico de la época a la que habían contribuido los higienistas, precursores

de la Salud Pública, como, Valentín Abecia, Elías Sagárnaga, Zenón Dalence, Nicolás Ortíz, como otros profesionales desde el Instituto Médico, Sucre, el Instituto de Bacteriología de La Paz, la Fundación Rockefeller y las Direcciones Departamentales de Sanidad. En el campo de la profilaxis, la atención médica y la organización sanitaria se encuentran valiosas contribuciones para el proceso, que se iniciaba sobre bases técnicas y racionales del desarrollo sanitario nacional; nos referimos a algunos de esos alcances.

EL BOLETÍN DE ESTADÍSTICA Y DEMOGRAFÍA DE LA CIUDAD DE LA PAZ

En marzo de 1913 se publicó un Boletín, por el Honorable Consejo Municipal que había sido creado por la Dirección de Higiene Municipal en la ciudad de La Paz *“centralizando en ella todos los servicios que tiene a su cargo la defensa sanitaria de la población”*. Es *“publicado para exteriorizar en forma palpable el trabajo que realiza la Dirección de Higiene Municipal, que tiene también a su cargo los trabajos de estadística y demografía, capaces de reflejar con la evidente realidad de los números el estado de la población, dando a conocer al momento a todas las esferas de actividad”*. Trimestralmente, esta publicación presenta información sobre las actividades más variadas de inspecciones, causas de defunción, nacimientos, estadísticas de Hospitales y Consultorios Municipales. Las notas editoriales firmadas por Ernesto Navarre se refieren al alejamiento de basuras, mataderos, aspectos de saneamiento ambiental y uno especial en diciembre de 1913 con el nombre de La Mortalidad. En esta página sanitaria, dice sin dar cifras que *“por los datos estadísticos que hemos venido publicando en nuestros números anteriores correspondientes al año 1913 vemos con sumo agrado que las enfermedades que antes de ahora daban mayor contingencia de mortalidad van disminuyendo de una manera palpable”*. Señala la disminución de la viruela, *“puesto que apenas se consignan algunos pocos casos lo mismo que la de la fiebre tifoidea y el sarampión. Este resultado verdaderamente consolador; lo atribuyen al esfuerzo de las autoridades sanitarias que han logrado inculcar a las familias la obligación que tienen de hacer vacunar a sus hijos, así como el mejoramiento de las condiciones higiénicas tanto públicas como privadas de la ciudad, siendo de esperar que cuando el problema del agua y los alcantarillados sea resuelta disminuirán más estas enfermedades”*.

Al referirse a las causas de mortalidad en los niños señala la alimentación defectuosa de la primera infancia. *“Nunca se recomendará bastante al decir que el pecho de la madre constituye el alimento más racional y fisiológico para el niño, y cuando este falta el régimen lácteo conveniente ordenado y que debe durar hasta el fin del primer año”*.

Ernesto Navarre fue el único egresado de la Facultad de Medicina el año 1914, al igual que el año anterior fue el único también el Dr. Félix Veintemillas, ambas figu-

ras destacadas en la Historia de la Medicina Boliviana. La tesis del Dr. Ernesto Navarre constituye un trabajo original de aproximación a la medicina preventiva y social, su título es *“la Mortalidad infantil en la ciudad de La Paz”*, advierte que *“no es monografía de enfermedad alguna, ni el desarrollo de un punto eminentemente científico, ya que de hacerlo sería mucha presunción, toda vez que para ello se necesitan estudios y observaciones, que lastima al decirlo, apenas se comienzan a esbozar en nuestra incipiente facultad”*.

En su tesis, si bien no da datos fidedignos y confiables, afirmaba que el trabajo estaba destinado *“tal vez a dar el toque de alarma sobre el problema tan importante”*. Navarre tuvo el acierto de referirse a los factores causales, condicionantes, entre los que señalaba, la alimentación, las condiciones de vivienda, la higiene, el alcoholismo, precisando que la mortalidad infantil en la ciudad de La Paz es una de las más altas del globo sin dar ninguna cifra. Al hablar sin embargo de la mortalidad infantil se refiere al grupo de menores de 5 años, y no al que realmente se considera menores de un año. En sus observaciones demostró que la mortalidad de menores de 5 años doblaba a la de los adultos en el decenio 1904 a 1913. Como causas de mayor incidencia, señalaba este orden: las enfermedades distróficas (desnutrición) y las afecciones gastrointestinales, respiratorias e infecciosas.

ESTUDIOS ACERCA DE UNA LEGISLACIÓN MÉDICA Y MÉDICO SOCIAL

El Dr. Ezequiel Ossorio, nacido en Sucre y con estudios médicos en la Universidad San Francisco Xavier, en 1909 se tituló con la tesis de *“Estudios acerca de una legislación médica y médico social en Bolivia”* en un tiempo en que casi todas las tesis se referían a la casuística de cuadros clínicos y a una determinada enfermedad; haciendo de su vida profesional una prosecución de los aspectos legales del ejercicio profesional y del establecimiento de la organización sanitaria y de los problemas médicos sociales. En 1928 en la Revista del Instituto Médico Sucre presentó el trabajo de *“Servicio Sanitario Nacional”* señalando la necesidad de crear un departamento de Higiene y Salud Nacionales; consecuente con su pensamiento propuso también un Código Sanitario *“que sería la resultante de las actividades que permitan los recursos y que luego se dictarían las normas que una vez catalogadas conformarían el Código Sanitario”*⁸⁹ y propuso finalmente un Estatuto General de Sanidad Pública en Bolivia. Con estudios de especialización en Francia, el Dr. Osorio fue profesor de Clínica Médica, Decano de la Facultad y Rector de la Universidad; fue diplomático, munícipe, diputado y senador, fue también jefe de sanidad departa-

⁸⁹ Rolando Costa Arduz. Antecedentes y Desarrollo de la Legislación Sanitaria en Bolivia. La Paz, 1992.

mental en Chuquisaca. Como escritor publicó, entre otros trabajos, *“La lucha contra la mortalidad infantil”* y un *“Manual de partos”*.

BASES PARA LA ORGANIZACIÓN SANITARIA EN BOLIVIA

El Dr. Nemesio Torres Muñoz, después de egresar de sus estudios médicos en 1923, se dedicó como médico funcionario a buscar los apropiados mecanismos del mejoramiento de la administración sanitaria. Define su época por el dominio de dos disciplinas, la economía política y la Higiene. Las clases sociales que él identifica en el país son salvajes, indios, obreros, mineros, artesanos e intelectuales. Sus primeros años de profesional los realizó en las minas y en oportunidad de la Guerra del Chaco se incorporó a la Sanidad Militar, posteriormente tuvo un trabajo significativo en el Rockefeller en la Lucha contra la Fiebre Amarilla. En la oportunidad de la primera Conferencia Sanitaria Boliviana, publicó su trabajo *“Bases para la Organización Sanitaria en Bolivia”*. Los principales planteamientos de este trabajo se podrían sintetizar en los siguientes términos: *“Nuestra suma pobreza nos impone ver lo indispensable, lo que es urgente realizar, de ahí la necesidad de planificar primero de acuerdo a la realidad para aplicar la sanidad como función social.”*

Lo que en resumen necesitamos para organizar la sanidad es:

- a) *Un programa eje y un plan de desarrollo y la legislación sanitaria es fundamental.*
- b) *Preparación de técnicos higienistas, envío de becados al exterior, reforma de estudios médicos.*
- c) *Recursos suficientes y bien controlados aplicados a lo urgente, presupuestos nacionales, departamentales, municipales, entradas especiales, donativos particulares.*
- d) *Educación higiénica del escolar por medios activos, reforma de los métodos educativos.*

Y después afirmaba: “Se ve que nuestros problemas sanitarios de la hora presente son más de la índole general que particular, son problemas preparatorios”.

En la estructura orgánica que propone determina funciones dentro de un sistema escalonado y regionalizado a partir del Ministerio, hasta la sanidad local y definiendo unidades normativas para la atención de los problemas de salud dominantes. Este informe en nuestro medio equivale al Informe de Dawson de Inglaterra en 1920, en el que tienen origen los actuales sistemas de salud, descentralizados por niveles de atención. El axioma de centralización normativa y descentralización ejecutiva que ha tenido vigencia hasta ahora entre nosotros le pertenece. En el proceso de planificar que propone como paso obligado para definir prioridades, determinar las estruc-

turas organizativas, reconoce la necesidad de contar con estadísticas demográficas vitales y de servicios “*porque una institución sin estadísticas es como un reloj sin punteros que se sabe que marcha pero que no marca la hora*”.

Para Torres Muñoz es imperioso imponer una conciencia sanitaria que debe surgir de la realidad en la que sirve y ser propagada y formulada por los funcionarios de salud no sólo idóneos y competentes sino con experiencia de campo. “*Dejar en gran parte librada la administración sanitaria al arbitrio de los municipios, como se hace en pueblos de grande cultura nos llevaría al fracaso por la ignorancia de las mismas autoridades en materia de higiene. Por la misma preparación sanitaria de nuestro pueblo toda legislación detallada que quisiera imponérsele resbalaría sobre su dura inconsciencia. Necesitamos legislación mínima que sirva de eje, educación máxima que dinamiza la higiene encarnándola en la vida del pueblo, método más racional y eficaz porque se encuentra en armonía con la naturaleza humana*”⁹⁰. Era el año 1931.

Para crear la conciencia sanitaria es necesario dar una nueva orientación a la medicina nacional para Torres Muñoz porque “*el progreso de la higiene no sólo tropieza en la ignorancia de nuestras masas sino también con el espíritu anquilosado de nuestra educación médica, construida sobre preocupaciones exclusivamente terapéuticas que rayan en el empirismo. Necesitamos una radical reforma de nuestros estudios médicos*”.

ACCIDENTES DEL TRABAJO Y PROFILAXIS MENTAL

El Dr. Gregorio Mendizábal Torres, que de estudiante fue empleado de la Sección Meteorológica del Instituto Médico Sucre, en su tesis de grado “*Accidentes del Trabajo. Estudios de su Legislación en Bolivia*” del año 1915, siguiendo el pensamiento de algunos médicos del siglo XVIII que reconocieron la necesidad de tomar en cuenta el punto de vista social en el manejo de los problemas de la medicina y de la higiene, abordaba el tema del riesgo del trabajador en medio de su ambiente de trabajo y la necesidad de la legislación. Para el Dr. Carlos Morales Ugarte, esta tesis constituyó como un cañonazo de alerta al Estado en materia de Higiene Industrial y Seguridad Social antes de la ley de 1924 de Accidentes de trabajo, la Ley de la Caja de Seguro y Ahorro Obrero (1935) y en 1942 La Ley General del Trabajo y su Reglamento.

En su trabajo sobre “*Influencia en medicina del factor meteorológico, humedad*”, describe los factores de la humedad y el viento, y su compromiso con la salud determinando ciertas enfermedades en ciertas épocas del año en Sucre, considerándolas como los atributos de la Salud Urbana.

⁹⁰ Tórrez Muñoz Nemesio. Bases para la organización sanitaria boliviana. Sucre 1931.

Para Mendizábal, la higiene define los principios y las leyes que deben guiar a los pedagogos en la obra netamente educativa, *“exactamente que la vida del individuo que está rigurosamente ligada a la sociedad toda, corresponde a la Higiene en general, el perfeccionamiento del ser humano, interviniendo en su cultura moral, como en la cultura física. La mayoría de las veces es papel más importante en Higiene es la educación, podemos decir que constituyó la base sólida de esta ciencia”*.

Su trabajo sobre *“Higiene y profilaxis Mental”* parte del hecho de que *“de algún tiempo a esta parte la idea de prevención o profilaxis de las enfermedades mentales ha entrado por derecho propio en el terreno de la Higiene Social”* y que *“la Profilaxis Mental es pues parte de la Higiene Social que tiene por objeto el impedir el desarrollo de trastornos psicosomáticos y de colocar a las sociedades al abrigo de su influencia nociva”*. Sus referencias son A. M. Cliforth Bees, el Pinel americano y de su obra inspirada en su condición de alineado (*“Una mente que se descubre así mismo”*) y de sus antecesores en Francia E. Tomouse, Genil Penuy y el profesor Claude.

Para Mendizábal es imprescindible el proceso educativo para la prevención de la salud y piensa que el médico debe evolucionar hacia la pedagogía como se ven en otros países. El otro trabajo se refiere a la *“Enseñanza de la Patología Tropical. Importancia de esta rama médica”*. Afirma que se van descartando y aportando al mismo tiempo asignaturas esenciales debiendo dar mayor importancia y atención a los generales y básicas por encima de las especialidades que en ese tiempo han llevado demasiado lejos, sin haberse llegado a una enseñanza integral y sistemáticas posibles (1921). El, en sus recetarios después de sus cursos de especialidad en Buenos Aires, Argentina, se llamaba Médico de Niños. Para el pensamiento de su época decía: *“este momento científico marca la buena enseñanza de los principios fundamentales para la formación de elementos mejor capacitados que con sus conocimientos básicos lleguen a ser buenos médicos generales que es lo que necesita el país”*. Treinta y seis años después de esta declaración en la UMSA se fundaban los Departamentos de Medicina Preventiva Social y Salud Pública en La Paz, Cochabamba y Sucre con el objetivo de formar al médico general con claro criterio social que era lo que requería el país. En su *“Profilaxis Mental”* había hecho esta observación: *“los médicos estamos obligados a darnos preferentemente a los cambios experimentados en la adquisición de conocimientos psiquiátricos dentro de la medicina social”*.

Mendizábal se consideró siempre un médico general con preferente atención a los niños, abogado de los pobres en su condición de médico, instituyó en los días sábados consultas gratuitas para los pobres, inaugurando en Sucre según Carlos Morales

Ugarte el fenómeno sociológico de las colas antes que para otras necesidades básicas. Sin saber de Wirchow, acaso hizo de la medicina política en gran escala y no porque hubiese llegado a ser convencional. Diputado por tres veces y Senador de la república como prueba de su representación de su pueblo sino, por su forma habitual de actuar profesionalmente.

LA REVISTA DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Esta revista circuló en Sucre entre los años 1911 y 1916; publicación mensual destinada a la *“propaganda de los últimos adelantos de las ciencias médicas”*, como aparece en su tapa encabezando el sumario; llegó a 29 números bajo la dirección del Dr. Fidel M. Torricos que al mismo tiempo fue propietario e impresor en los últimos cinco años de su vida. El último número, encintado de luto por su muerte recoge las notas necrológicas y los discursos de despedida ante sus despojos de Gustavo Vaca Guzmán a nombre del Instituto Médico Sucre y del Dr. Carlos Garret a nombre de la Sociedad Cooperativa de Socorros Mutuos entre otros. Las iniciativas de fundación de esta revista se debieron a los doctores Nicolás Ortíz, Wálter Villafani y Ezequiel Osorio.

El Dr. Fidel M. Torrico nació en Sucre y al terminar el bachillerato se dedicó a la carrera de Ciencias Políticas y Sociales hasta obtener el título de abogado de las cortes en Bolivia; inmediatamente después ingresó a la Facultad de Medicina en la que se destacó por su dedicación al estudio y su carácter observador y práctico, obteniendo su título de médico cirujano. Aún cuando esta era la carrera de su predilección fue solicitado como Secretario del Banco Nacional de Bolivia, cargo que dejó buscando un trabajo más provechoso; adquiriendo una oficina de farmacia, dedicándose a ella con todo su empeño y su reconocida competencia. Viajó a Europa para adquirir mayores conocimientos sobre la industria farmacéutica y los últimos progresos de las ciencias químicas y farmacológicas. A su retorno, fue requerido por la Facultad de Medicina como profesor de Anatomía, después de Medicina Legal y Toxicología demostrando buen conocimiento en estas materias que relacionan la legislación con la ciencia médica; ingresó al Instituto Médico Sucre al que sirvió durante muchos años como su tesorero, con honorabilidad y decorosa administración. Fue corresponsal de la semana médica de Buenos Aires.

El Dr. Torrico, abogado, médico y farmacéutico dueño de la Botica y Droguería Lourdes, situada durante años en plena Plaza 25 de Mayo, al iniciar la publicación de su revista había expresado sus propósitos en estos términos: *“el anhelo de poseer en esta ciudad un órgano independiente de producción científica que sea el reflejo de las ideas modernas sobre medicina, cirugía y farmacia definiendo de este modo*

su acción en todos los ámbitos de nuestra República con ese material provechosos e útil que día a día se produce en bien de la humanidad doliente”.

Entre los artículos con ideas modernas para la época, en la Revista, se encuentran los siguientes: El cultivo de los tejidos in vitro del Instituto Rockefeller; Alexis Carrel y Morlrose T. Burrow por Ezequiel Osorio. Referencias a la clínica médica por Hayem y Medicina Legal de Follet, artículos traducidos del francés por el Dr. Torricos. El Laboratorio y el Médico, su rol en el análisis de productos patológicos de L. Hallion y A. Bauer. El Dr. Carrel reemplaza las arterias y cultiva los tejidos, 1º de octubre de 1911. El triunfo de la Ciencia, ensayo notabilísimo del injerto de la córnea, nuevo método curativo de la ceguera.

Entre la sección de los artículos de actualidad se encuentran referencias sobre las situaciones sanitarias de la ciudad de Sucre y el problema de los servicios municipales *“que tiene por objeto velar por la Higienización Pública recomendando que la municipalidad debe instalar oficinas de desinfección y vigilancia higiénica”.*

En otro artículo acerca de la salud a cargo de las municipalidades se hacen estas consideraciones: *“El municipio, institución democrática, adulterada por su intromisión nefasta en asuntos políticos debía ser la primera en preocuparse por la instalación de una oficina pública de higiene que responda medianamente a las necesidades más premiosas de la localidad, indicando medidas para evitar la propagación de enfermedades contagiosas... las visitas domiciliarias que tan espléndidos resultados alcanzan en todas partes no deben ser descuidadas. Repetimos, no se debe esperar todo de las esferas del gobierno, tenemos que tener iniciativas y despertar la imaginación”.*

En los editoriales que reflejan el pensamiento de su grupo de redacción, es donde mayormente se refleja el movimiento que se iniciaba en relación a la organización sanitaria y algunas propuestas sobre los siguientes temas: Legislación Médica, Necesidad de establecer en Bolivia el Código Sanitario y los beneficios de su promulgación; Medicina Legal, En qué época de la vida del niño nace la persona jurídica? Los derechos del niño.

La preocupación sobre la formulación profesional se encuentra en varios editoriales y artículos en relación con la Universidad, la Facultad de Medicina, el Hospital y el Ejercicio profesional. Ocupan mayores espacios los asuntos de la Higiene Pública, tales como Evacuación de Inmundicias, Servicios de Alcantarillado Urbano, Entierramiento y conservación de cadáveres, Situación Sanitaria en Sucre, Enfoque Epidemiológico, Desinfección Pública, Servicio Médico de las Colonias, Enfermedades Tropicales, la Enseñanza Libre, su necesidad y ventajas.

LA CONFERENCIA SANITARIA BOLIVIANA

El año 1928 el círculo médico de La Paz promovió a que se reuniera el Primer Congreso Médico de Bolivia. El Gobierno aprobó dicha sugerencia y por gestiones del Senador, Dr. Ezequiel Osorio, médico chuquisaqueño, se decidió que el Congreso se realizara en Sucre y sería organizado por el Instituto Médico Sucre en coordinación con el Círculo Médico de La Paz que había sido el de la iniciativa. En el temario del Congreso los organizadores presentaron 9 puntos a desarrollar, el primero de los cuales se registró con el rótulo de “Geografía Médica del País”⁹¹, recomendando a todos los comités seccionales realizar los estudios correspondientes de los aspectos geográficos (factores condicionantes) de los departamentos. Tanta fue la importancia que dio la Comisión Organizadora al desarrollo de este tema, que uno de los documentos previos al Congreso decía: “*El primer punto debe ser tenido en cuenta, quizás con solo esto ya llenaría el Congreso su primordial finalidad*”. Según Rolando Costa Arduz, lamentablemente dicho encuentro no fue posible y en su lugar se organizó la llamada “*Primera Conferencia Sanitaria Boliviana*” y cuyos trabajos que debían ser leídos fueron publicados en dos tomos. Los trabajos que ha identificado el Dr. Costa Arduz, que se acompañaban de mapas, croquis y gráficos mostrando la distribución de las enfermedades como ser Paludismo, Peste Bubónica y Peste en el Departamento de Santa Cruz, reflejan el interés y la preocupación por la geografía médica y la epidemiología de los médicos de la época y su pensamiento sanitarista. Los trabajos de Jaime Mendoza, “*Productos Medicinales de Bolivia*” y una “*Historia de la Meteorología en Sucre*” que aparecen publicados simultáneamente en las páginas de la Revista del Instituto Médico Sucre, considerados como trabajos de Geografía Médica, así como el Museo Natural entre las unidades fundamentales del Instituto Médico Sucre, representan el interés de los médicos chuquisaqueños de ocuparse de estos temas de la problemática de la salud colectiva.

UN ADELANTADO DE LA SALUD PUBLICA BOLIVIANA. EL DR. FÉLIX SÁNCHEZ PEÑA

Aunque las creaciones de las Sanidades Departamentales habían recibido apoyo unánime dando origen a que los médicos de las ciudades iniciaran su organización, constituyéndose en sociedades del cuerpo médico departamental, fijando entre sus obligaciones “*la de cooperar el cumplimiento de la Ley de Sanidad Pública*”, los esfuerzos desplegados por la Dirección General de Salud para su implementación, fueron insuficientes y resultaron improductivas por razones financieras y políticas. En el caso de Santa Cruz en noviembre de 1908 se había recibido la notificación de que el Dr. Juan E. Roman fue designado el primer Director de Sanidad Departamental recibíéndose el nombramiento recién en octubre de 1909, con casi un año de

⁹¹ Rolando Costa Arduz. Geografía Médica. Crónica Aguda. Año III, N° 144. La Paz, 5-XII- 1990

demora. Posteriormente salvadas una serie de irregularidades fue designado el Dr. Adolfo Flores, brillante profesional y prestigiado político, que después llegó a ocupar el cargo de Director Nacional de Sanidad con sede en La Paz. En el año 1930 por diversas razones y frente a la indiferencia de las autoridades políticas la Dirección de Sanidad de Santa Cruz permaneció cerrada sosteniéndose esta situación durante más de un año. Fue entonces que el Presidente del Consejo Municipal, Don Gustavo Añez, se dirigió con un telegrama al Dr. Félix Sánchez Peña que estaba ejerciendo la especialidad de oftalmología, de la que era catedrático en la Facultad de medicina de la UMSA de la ciudad de La Paz.

El Dr. Sánchez Peña, médico cruceño, después de haber recibido su título de médico cirujano en la Universidad de Chile, al mismo tiempo que elogiosos comentarios y felices augurios a la presentación de su tesis, se instaló en la ciudad de La Paz para iniciar su carrera profesional, buscando al mismo tiempo algún cargo público que le permitiera asegurarse un ingreso y formar su clientela en ginecoobstetricia que había tenido preferencia en sus estudios. A sugerencia del Sr. Decano de la Facultad de Medicina de La Paz, al que llegó con una especial recomendación, aceptó la cátedra de oftalmología que estaba vacante, preparándose sin embargo, en la primera oportunidad en la especialidad en la Clínica Oftalmológica de la Universidad de Chile, dirigida por el Dr. Carlos Charline, una eminencia internacional, quien lo tomó a su cargo y le brindó su ayuda y apoyo preferencial, sin dejarle de recomendar: *“Ud. Dr. Sánchez nos tiene que hacernos quedar bien en Bolivia”*. Y fue consecuente con la Clínica y los profesores que lo habían formado, descollando en la especialidad de oftalmología y en la cátedra en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz en el país y en la República Argentina donde revalidó su título profesional. Con el tiempo, en 1956 fue el creador de un método quirúrgico para el tratamiento del glaucoma a consecuencia de cuyos estudios recibió una beca en Londres, donde se aprobó el método por el Consejo Británico, recibiendo informes elogiosos de médicos oftalmólogos de fama en el exterior.

En su libro *“Recuerdos de Un Médico del Tercer Mundo”* (Santa Cruz 1981) el Dr. Sánchez Peña se refiere en los siguientes términos al inicio de su meritoria labor en relación al desarrollo sanitario en su tierra natal: *“Una vez aquí, se me invitó para hacerme cargo de la Dirección de Sanidad Departamental que por indiferencia y otras razones de las autoridades municipales y políticas hasta entonces se encontraba cerrada como no existía presupuesto para su subsistencia se consiguió que se destine para ello, la parte correspondiente a nuestro departamento del producto de la Lotería Nacional, se fijo para el Director de Sanidad una asignación de Bs.- 100 mensuales y con ese haber se me encomendó la misión de organizar los servicios de la sanidad”*... *Considerando las pésimas condiciones sanitarias que reinaba en el Departamento, el presupuesto era reducido. La Falta de agua potable, alcantarilla-*

do, servicios municipales de higiene como control de alimentos, alejamiento y transporte de las basuras, etc, imponían un aumento racional de esas partidas. Por lo menos debía consignarse buena suma para controlar epidemias que se presentaban con extrema frecuencia y gravedad”.

En estas precarias condiciones de organización sanitaria en Santa Cruz, ejemplo de lo que pasaba en el resto del país, le tocó al Dr. Sánchez Peña, un adelantado de la salud pública boliviana, por sus conocimientos y acciones prácticas en el combate de las enfermedades, enfrentar a sucesos epidemiológicos de gran significación, como lo dice en el relato de su obra ya citada: *“Durante los años 1931 y 1932 en aquella época la Dirección Departamental de Sanidad en embrión y limitada casi exclusivamente a nuestra modesta labor y más dos auxiliares, tuvo que enfrentar grandes acontecimientos sanitarios, los más salientes fueron la aparición en 1931 por primera vez en nuestro departamento y en Bolivia de una epidemia de Dengue y en 1932 de la bullada epidemia de Fiebre Amarilla”.*

Según la Historia de la medicina en Santa Cruz de Jorge Garrett Ayllón, al Dr. Sánchez Peña le corresponde también el mérito de haber sido la única autoridad de sanidad que publicó un informe de sus actividades, con el nombre de Estudios e Informes, un folleto de 70 páginas del año 1935.

De sus informes y estudios que fueron en su tiempo elevados a la Dirección General de Sanidad los más destacados son: *“Aparición del Dengue, su sintomatología, mortalidad alta, mortalidad baja, la Fiebre Amarilla en Santa Cruz, los primeros casos todos de Vallegrande, los focos principales, la sintomatología, datos sobre morbilidad y mortalidad de Fiebre Amarilla, la Fiebre Amarilla, una exploración Thour en 1887, comisiones nacionales y extranjeras para establecer un diagnóstico; este fue terminado por el Instituto Osvaldo Cruz de Río de Janeiro. El estado Sanitario de Santa Cruz, epidemias y endemias, datos estadísticos de mortalidad y morbilidad; las enfermedades venéreas, la creación de brigadas; el carnet sanitario, factores determinantes en la prostitución, factores socioeconómicos, control de la prostitución; una grave enfermedad epidémica de meningitis cerebro-espinal presentada en Mataral y estudio de la mortalidad infantil en Santa Cruz”.*

El bagaje de conocimiento que demuestran estos informes y sus años de experiencia como Director Departamental de Sanidad (al ser desmovilizado de la Guerra del Chaco, fue asignado nuevamente a ese cargo) lo impulsaron a formular por si mismo, comprometiendo el apoyo de otros profesionales, un proyecto de desarrollo sanitario, adelantándose al plan general de trabajo que años después propusiera el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (CISP) al país y que fuera

aprobado iniciándose con ello la Salud Pública en Bolivia. El Dr. Sánchez Peña hacía su planteamiento en estos términos: *“La experiencia de años al servicio de mi pueblo natal en calidad de Director Departamental de Sanidad hizo nacer en mí la voluntad de hacer algo para mejorar las trágicas condiciones en que se debatía en el aspecto sanitario. Era urgente **sentar las bases para proceder a la creación de una organización sanitaria** que con los medios adecuados fuera capaz de combatir las enfermedades endémicas y epidémicas.... era lógico que mientras no se dotara por lo menos a las capitales de departamento con **servicios fundamentales de salubridad**.... había que disminuirlas con **medidas preventivas**, como la educación sobre la sanidad, etc., para ello era primordial la preparación de un **equipo médico** en el exterior que una vez capacitado instalara en Santa Cruz y Trinidad un **Centro de Salud** de los que conocemos con buenos resultados.*

En el proyecto se establecía como primera medida la capacitación de cuatro profesionales, dos médicos, dos laboratoristas en la Universidad de Río de Janeiro en Salud Pública y Laboratorios. Los Dres. Félix Sánchez Peña y José Knaudt, serían asignados a Santa Cruz y los Dres. Alfredo Parada y Hernán Gutiérrez serían asignados a Trinidad al regresar capacitados y titulados con las especialidades al país. Con la colaboración de algunas personalidades influyentes como en Dr. Enrique Finot y el Coronel Luis Añez, se obtuvo que el Presidente de la república, Cnel. David Toro aprobara el proyecto.

Al cabo de los dos años regresaron los profesionales, los médicos especializados y titulados en Higiene y Salud Pública, habiendo vencido las siguientes materias: Saneamiento urbano y rural, epidemiología y profilaxis de las enfermedades infectocontagiosas, higiene infantil, higiene de la alimentación, organización y administración sanitaria, epidemiología y profilaxis especializada, lepra y venéreas. Los laboratoristas fueron capacitados en bacteriología, microbiología y parasitología.

En La Paz el Dr. Sánchez Peña se presentó ante el Ministro de Higiene y Salubridad para dar cuenta de la labor desempeñada y dar comienzo a la segunda etapa de la asignación y nombramiento para los profesionales de Santa Cruz y Trinidad. *“El Dr. Mollinedo -nos relata en sus recuerdos el Dr. Sánchez Peña- con reticencia quedó de darnos las instrucciones necesarias para dicho objeto. A los pocos días recibí la orden de trasladarme a la ciudad de Trinidad como Jefe Distrital de Sanidad”.* Como el contrato del Dr. Sánchez Peña establecía claramente que el debía ser destinado a Santa Cruz con un laboratorista, observó la orden y no cumplió las instrucciones, convencido de que el Ministro no quería dar curso al plan de acción propuesto. Las cosas no pasaron ahí, sino que fue citado a la Contraloría por órdenes superiores signándole un proceso por incumplimiento de su contrato al no cumplir con su orden.

Al final del proceso el fallo de la Contraloría les fue favorable en los siguientes términos: *“El Dr. Sánchez Peña y los compañeros de la comisión han cumplido con todas sus obligaciones y condiciones que le fueran impuestas por la cláusula 1° del contrato, quedando únicamente el cumplimiento de la cláusula 3° que es de resorte único y exclusivo del Sr. Ministro de Higiene y Salubridad”*. Ya con el dictamen del Contralor – refiere el Dr. Sánchez Peña- me presenté al Sr. Presidente de la República a quien hice conocer el resultado de sus instrucciones en mi contra y le expuse que había sido engañado por su Ministro. Se manifestó extrañado pero sorprendentemente me dijo: *porqué no cumple con su plan en Cochabamba y agregó, yo lo ayudaría, a lo que yo respondí, perdone mi General, pero mi plan fue destinado a los Departamentos de Santa Cruz y el Beni y tendré que consultarlo con mis compañeros de misión. Como puede verse, tanto el Presidente como su ministro no tenían el menor interés en mejorar las pésimas condiciones en que se debatían las poblaciones de nuestros departamentos. Salí del Palacio amargado y así terminaron mis ilusiones”*.

El Dr. Sánchez Peña fue uno de los mejores directores departamentales de sanidad, se preparó asimismo en su propio trabajo y alcanzó el nivel técnico que había anhelado y fue el primer médico boliviano especializado en Salud Pública, al que curiosamente no se le dejó terminar su obra. En 1944 empezó la capacitación de sanitaristas en el exterior por el SCISP, siendo el primer titulado de master de salud pública en la Universidad de Harvard-Boston, el Dr. Carlos Ferrufino.

El Dr. Sánchez Peña ejerció después casi dos años como oculista del Hospital Lucio Meléndez de Androge en Buenos Aires, pasando después a Cochabamba de donde por principios éticos, para no compartir con el optometrista familiar suyo instalado en esa ciudad, tuvo que retirarse a su ciudad natal. Al retirarse de la profesión para dar curso a las nuevas generaciones entregó en calidad de donación 394 volúmenes de sus libros a la Escuela de Medicina de Cochabamba y al Hospital San Juan de Dios, libros y publicaciones y todo su instrumental de oftalmología. *“En cuanto a mi mobiliario de escritorio -nos dice, acaso recordando su desilusión y desengaño al no haberle permitido cumplir su proyecto de la creación del Centro de Salud- fue donado a las Carmelitas Descalzas para la instalación de la Posta Sanitaria a su cargo y que funciona actualmente (1981) en el kilómetro 12 de la carretera a Cochabamba”*.

LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD Y EL CODIGO SANITARIO INTERNACIONAL

En el periodo correspondiente a la Dirección General de Sanidad, desde su iniciación el año 1902, en la Primera Conferencia Sanitaria Internacional General de las

Repúblicas Americanas, la OPS hasta el 3 de marzo de 1909, había celebrado su cuarta conferencia en Costa Rica, en la que una de sus resoluciones había recomendado que los delegados de los países fueran autoridades sanitarias.

En la Quinta Conferencia celebrada en Santiago de Chile, del 5 al 11 de noviembre de 1911 se refrenda aquella recomendación que pedía *“se exhorte a los gobiernos americanos a que envíen siempre que sea posible, delegados que sean higienistas de formación o por lo menos, nacionales, uno de los delegados sea una autoridad sanitaria superior o una persona que haya asistido como delegado a una conferencia anterior”*.

Esta Quinta Conferencia contó por primera vez con la representación de Bolivia, en la persona del Dr. Claudio Sanjinés como delegado. El Dr. Claudio Sanjinés Tellería, nacido en La Paz, descolló, principalmente en el desarrollo de la cirugía como organizador del cuerpo de ambulancias del ejército y jefe de Sanidad. Su papel fue contingente con su actividad política hasta convertirse en jefe del partido liberal. En su informe, al retornar de la Quinta Conferencia, donde se había resuelto establecer en cada país americano una *“comisión sanitaria informadora, compuesta por tres médicos con atribuciones para acopiar y comunicar datos relativos a la Sanidad Pública”*, propuso integrar una Comisión en Bolivia con los doctores Manuel Cuéllar, Elías Sagárnaga y Enrique Aranibar.

Wálter Wyman, Presidente de la Oficina Sanitaria Internacional, no había podido participar en la Quinta Conferencia porque estaba enfermo; falleció diez días después de su clausura. Le sucedió en el cargo el Director General de Sanidad de los Estados Unidos de América, también Presidente de la Oficina Sanitaria Internacional, Sr. Rupert Blue.

La celebración de la Sexta Conferencia se había previsto para 1915 pero el estallido de la Primera Guerra Mundial en 1914 obligó a aplazarla cinco años, cuando el mandato de Blue como Director General de Sanidad había terminado, habiéndole sucedido el Dr. Hugh Smitle Cumming.

La Sexta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, primera después de la Primera Guerra Mundial, se celebró en Montevideo (Uruguay) del 12 al 20 de diciembre de 1920. La Conferencia eligió a Cumming Director general de Sanidad de Estados Unidos pero no como Presidente sino como Director de la Oficina Sanitaria Internacional. En la misma ocasión, un Sub director General de Salud de los Estados Unidos de Norte América, el Dr. J.M. White, fue elegido Vice director de la Oficina.

El Dr. Néstor Morales Villazón, en la revista de Bacteriología e Higiene⁹², al ocuparse de la Sexta Conferencia Internacional que se llevó a cabo en Montevideo, hace referencia a las cinco conferencias anteriores en las que *“han tomado asiento las personas más calificadas de la ciencia y los higienistas de mayor prestigio; pues no solamente estas conferencias son un medio de impulsar la defensa de la salud colectiva, sino también, una demostración de los elementos con los que cuenta cada pueblo”*. Con mucho beneplácito y entusiasmo informa que a última hora la Cancillería ha hecho saber que ha sido nombrado nuestro representante: el Dr. José Montellano, nacido en Tarija, con estudios universitarios en Buenos Aires, Médico ginecólogo, radicando en esa ciudad y desempeñando cargos diplomáticos en nuestra Legación de la Argentina. *“Aunque no alcanzó a ejercer en su tierra se distinguió en otros ámbitos y latitudes, haciendo llegar constantemente sus trabajos y aportes a la medicina tarijeña”*⁹³.

En la Quinta Conferencia Internacional de los Estados Americanos, reunida en Santiago de Chile en 1923, se había decidido que la Conferencia Sanitaria debería denominarse *“Panamericana”* en lugar de *“internacional”*, y que el nombre de la Oficina Sanitaria Internacional debía modificarse de manera análoga.

Del 5 al 15 de noviembre de 1924 en La Habana (Cuba), bajo este nuevo título, se reunió la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana en la que se firmó el Código Sanitario Panamericano. Se trata de un conjunto de normas para la cuarentena marítima que consiste en una revisión de la Convención de Washington de 1905 con algunos elementos extraídos de la Convención Sanitaria Internacional de París de 1912.

Bolivia, por ley del 21 de mayo de 1929, autorizó su adhesión al Código Sanitario Panamericano.

El Boletín Panamericano de Sanidad de la Oficina Sanitaria Internacional, de carácter mensual, se publicó por primera vez en 1922 bajo el sello de la Unión Panamericana en Washington D.C. En julio de 1923 recibió el título de Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.

En la Octava Conferencia Sanitaria Panamericana que se celebró en Lima (Perú) del 12 al 20 de octubre de 1927, como resultado de la declaración del Director Cumming *“para que los miembros de la Conferencia pudieran hacerse representar, sino les era posible asistir en persona, por sus funcionarios diplomáticos residentes en aquella*

⁹² Néstor Morales Villazón. La Conferencia Sanitaria Panamericana. Revista de Bacteriología e Higiene. Año VII, N° 56 – 1920.

⁹³ Alfonso Scotl Moreno. Apuntes para la Historia de la Medicina Tarijeña. Crónica Aguda. Año 1, N° 11 __ 1993.

ciudad, o por alguna otra persona designada por sus respectivos gobiernos”, se decidió establecer una Junta Ejecutora que debiera reunirse a intervalos no superiores a un año o 18 meses, con el fin de conseguir una participación suficiente en las reuniones de la Oficina; la Conferencia decidió también que los miembros de los delegados nacionales de Salud podían ser nombrados “*comisionados viajeros*” de la Oficina, la cual subrogaría sus gastos de viaje mientras que sus sueldos seguirían a cargo de sus respectivos gobiernos.

En 1923 comenzó a comisionarse expertos en Salud Pública para el servicio de campo de la OSP. El primero de estos funcionarios, el Dr. John D. Long, Cirujano general Adjunto del SSPMS, comenzó a viajar como “*Representante viajero*” de la Oficina, realizando misiones en Chile, Perú, Ecuador, Panamá, Cuba, Bolivia. Su recorrido por todo el continente tenía como objetivo evaluar con las autoridades nacionales las condiciones de salud de esos países y formular un plan para ampliar la utilidad de la oficina. Por más de una década, sus viajes se convirtieron en la base principal de las actividades de la OSP.⁹⁴

La Novena Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Buenos Aires (Argentina) del 12 al 22 de noviembre de 1934, aprobó la Constitución y los Estatutos de la oficina Sanitaria Panamericana con pequeñas modificaciones. Este valioso documento había sido redactado en la primera reunión del Consejo Directivo de la Oficina que había sido celebrado en Washington el 27 de mayo al 8 de junio de 1929. La oficina seguía siendo por definición no una organización sino una ‘*Junta Ejecutiva*’ de composición variable, cuyos miembros eran elegidos en cada Conferencia Sanitaria Panamericana. Estos seguían residiendo en sus respectivos países donde desempeñaban las funciones del cargo que ocupaban.

Cumming que había sido nombrado Director General de Salud de los Estados Unidos de Norte América, en 1920, y elegido Director de la Oficina aquél mismo año, debía ser reelegido y desempeñar ambas funciones hasta 1936, cuando se retiró del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de Norte América para seguir desempeñando el puesto de Director de la Oficina hasta 1947. En cuanto a las funciones de las actividades de la oficina, la constitución disponía que el presupuesto anual no debía ser menor de \$u\$ 50,000 que se obtendría aplicando una tasa de 21,5 centavos oro americano (SIC) por cada 1,000 habitantes de los países que se adhirieran al Código Sanitario Panamericano. En términos más fácilmente comprensibles la escala de contribuciones era de 215 dólares oro de los Estados Unidos por millón de habitantes.

⁹⁴ OPS/OMS. Pro Salute Novi Mundi. Historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 1992

EL CÓDIGO SANITARIO INTERNACIONAL

Este Documento fue suscrito en La Habana (Cuba) el 14 de noviembre de 1924. El Gobierno de Bolivia por Ley del 22 de marzo de 1929 autorizó su adhesión y el cumplimiento de las normas internacionales establecidas ⁹⁵.

El Código, para su tiempo, es una legislación sanitaria completa y esencial para la prevención de la difusión de enfermedades entre países. De su lectura se resume los principales acuerdos: *“prevenir la propagación de las enfermedades susceptibles de transmitirse a seres humanos; estimular o adoptar medidas cooperativas encaminadas a impedir la introducción y propagación de enfermedades en los territorios de los gobiernos signatarios o procedentes de los mismos; uniformar la producción de datos estadísticos relativos a la morbilidad y mortalidad en los países de los gobiernos signatarios; estimular el intercambio de informes que pueden ser valiosos para mejorar la Sanidad Pública y combatir las enfermedades propias del hombre; uniformar las medidas empleadas en los lugares de entrada, para impedir la introducción de enfermedades transmisibles propias del hombre a fin de que pueda obtenerse mayor protección contra aquellas y eliminarse toda barrera o estorbo innecesario para el comercio y la comunicación internacional”*.

⁹⁵ Juan Manuel Balcázar. Historia de la medicina en Bolivia. La Paz, Bolivia 1956.

SEGUNDA PARTE

EL PERIODO DEL CONSTITUCIONALISMO SOCIAL

“La Convención Nacional de 1938 en desordenado concurso de ideas y rompiendo la tradición libre cambista de la política económica inicia un nuevo periodo constitucional, el del socio-constitucionalismo. Determina la exigencia de la función social de la propiedad privada, la protección al trabajo, la salud, la familia y otros aspectos que permiten cambiar la orientación del estado gendarme, hacia una posición más humana: el Estado orientador, planificador y ejecutor de las necesidades de la sociedad para alcanzar su bienestar.

El Estado boliviano se transforma así en un Estado que protege la salud, dirige y orienta la política nacional de salud y cuenta con un sistema de ejecución de sus planes y programas para alcanzar las metas propuestas.

*Ruffo Oropeza Delgado
De las Disposiciones Constitucionales
Referentes a la Salud. Bolivia.
El Derecho a la Salud de las Américas
OPS/OMS. Publicación Científica 509.
Washington. 1989*

CAPITULO CINCO



**LA DEFENSA DE LA SALUD,
DEBER PRIMORDIAL DEL ESTADO.
MINISTERIO DE HIGIENE Y SALUBRIDAD, 1938-1958**

”Artículo 124.- Las autoridades controlarán así mismo las condiciones de seguridad y salubridad pública dentro de los que deberán ejercerse las profesiones o los oficios, así como las labores en el campo y las minas”.

“Artículo 134.- Es deber primordial del Estado la defensa de la salud física, mental y moral de la infancia. El estado defiende los derechos del niño al hogar, la educación y a la amplia asistencia cuando se halla en situación de abandono, de enfermedad o de desgracia. El Estado encomendará el cumplimiento de lo dispuesto en este artículo a organismos técnicos adecuados”

**Constitución Política del Estado de 1938,
Promulgada por Germán Busch.**

EL NACIONALISMO MILITAR Y LA REVOLUCION NACIONAL

Este periodo se inicia con el Gobierno del General Germán Busch (1937) quien después del golpe de estado a David Toro, es elegido Presidente en la Convención de 1938, que otorgó al país la Constitución Política más avanzada, sobre todo desde el punto de vista familiar, y social; en su Gobierno se creó el Departamento de Pando en el antiguo territorio de Colonias y se estatizó el Banco Central de Bolivia. Muerto Busch trágicamente, por su propia voluntad; ocupó interinamente el poder el general Carlos Quintanilla (1939-1940) llamando a elecciones en las que salió electo como Presidente el General Enrique Peñaranda (1940-1943). Este gobernante es derrocado por un grupo de militares jóvenes nacionalistas, ocupando el poder bajo la Presidencia del entonces Mayor Gualberto Villarroel (1943 – 1946), quien es considerado pro-nazi; desarrolló un gobierno de franco nacionalismo y de amparo a las clases obreras y campesinas. Una revuelta popular el 21 de abril de 1946, dio fin con su gobierno linchándolo junto a sus colaboradores más cercanos, brutalmente colgando su cadáver en un farol de la Plaza Murillo, frente al Palacio de Gobierno. Una Junta de Gobierno presidida por Néstor Guillén, Decano de la Corte, compartiendo sus funciones con Tomás Monje Gutiérrez (1946-1947) se hizo cargo de la situación, llamando a elecciones presidenciales al poco tiempo. La fórmula Enrique Hertzog y Mamerto Urriolagoitia fue aclamada por el Congreso, al no haber obtenido mayoría absoluta en las elecciones. Hertzog, médico, catedrático de técnica quirúrgica, humanista, gobernó en medio de incertidumbres de 1947 a 1949, retirándose a los Yungas por enfermedad; fue sustituido por el Vicepresidente Mamerto Urriolagoitia (1949 – 1951) quien al impedir los resultados de las elecciones en que triunfó el M.N.R. provocó una guerra civil. El Gobierno de Urriolagoitia fue sustituido por una Junta de Gobierno presidida por el General Hugo Ballivián (1951 – 1952). Como consecuencia del triunfo de Abril de la Revolución Nacional, liderizada por Hernán Siles Suazo, asume el poder el Dr. Víctor Paz Estenssoro (1952-1956), a quien le sigue el Dr. Hernán Siles Suazo (1956-1960) proclamado en elecciones. En este periodo de la conformación del Ministerio de Higiene y Salubridad (1938-1958) de 20 años se suceden 11 gobernantes, solamente dos, el Dr. Paz Estenssoro y el Dr. Hernán Siles Suazo cumplen el periodo constitucional de cuatro años, los demás por término medio tuvieron un periodo presidencial de un año y medio. Los ministros del sector salud, con sus diferentes cambios de nominación y funciones, fueron 18 en 22 periodos ministeriales. El Dr. Juan Manuel Balcázar fue ministro en tres oportunidades, el Dr. Félix Veintemillas, al igual que el Dr. Agustín Benavides Cano en dos oportunidades. El Dr. Julio Manuel Aramayo en el periodo fue Ministro durante todo un periodo presidencial.

Al crearse el Ministerio en un principio fueron ministros del llamado entonces Ministerio de Trabajo y Previsión Social, los doctores Enrique Berríos (1938) (que

anteriormente fue Presidente del Departamento de Higiene y Salubridad) y el Dr. Manuel Alberto Zelada (1939).

El 19 de marzo de 1939 se dividió el Ministerio en Ministerio de Trabajo y Previsión Social y Ministerio de Salubridad. Fueron Ministro de Higiene y Salubridad los doctores Alfredo Mollinedo (1938-1940), Abelardo Ibáñez Benavente (1940) y el Dr. Félix Veintemillas (1940).

En 1940 a esta cartera de Higiene y salubridad vinieron a anexarse las funciones de Trabajo y Previsión Social convirtiéndose en Ministerio de Trabajo, Salubridad y Previsión Social, siendo ministros los siguientes ciudadanos: Arturo Pinto Escalier (1940-1942), Juan Manuel Balcázar (1942), Enrique Hertzog (1943), Víctor Andrade Uzquiano (1945), Roberto Capriles Rico (1943.1944), Germán Monroy Block (1944-1946), Aurelio Alcoba Arroyo (1946) y Carlos Morales Ugarte (1947).

El 10 de marzo de 1947 el Congreso Nacional determinó dividir nuevamente las áreas de Higiene y Salubridad y Trabajo y Previsión Social, siendo Ministros de Higiene y Salubridad los siguientes doctores: Melchor Pinto Parada (1947-1948), Juan Manuel Balcázar (1949), Agustín Benavides Cano (1949), Juan Manuel Balcázar (1950), Agustín Benavides Cano (1950), Félix Veintemillas (1950), Valentín Gómez Carretero (1952), Julio Manuel Aramayo (1952-1957) y Gabriel Arce Quiroga (1957-1958)

La Guerra del Chaco contribuyó a la creación del pensamiento nacional en las tres clases sociales, blancos, mestizos e indígenas, que por primera vez se encontraban juntos de frente a un solo ideal, la defensa de la patria; en las anteriores contiendas como la del pacífico y el Acre, solo intervinieron blancos y mestizos y los intereses no eran colectivos, ni fueron generados por la convivencia.

Después de la Guerra del Chaco se abrió el abanico del pensamiento político en nuestro medio, estaban presentes los partidos tradicionales como el Partido Liberal y los Partidos Republicano, el de Saavedra y el de Salamanca y los que se generaron de ellos como el Partido de la Unión Republicana Socialista que Saavedra trató de revivir y los Republicanos Genuinos y los Liberales que se unieron en la coalición.

La juventud, idealista, se inspiró y seguía la corriente republicana, en donde por primera vez se acuñó el término “*socialista*”, los líderes como Domingo L. Ramírez, José María Escalier y Daniel Salamanca eran admirados y seguidos por la juventud, como por Gustavo Navarro, Tristán Marof⁹⁶ quien en Sucre, fundó el primer partido

⁹⁶ Carlos Aramayo Alzeneca- Saavedra. El Ultimo Caudillo. Prólogo de Tristán Marof. La Paz. Bolivia. 1941.

político con doctrinas socialistas entre estudiantes y obreros el Partido Socialista Obrero Boliviano (P.S.O.B.). Con diferentes tendencias marxistas, tanto stalinista como trosquista, indigenista pura e indigenista marxista; el fascismo de corte español y el nacionalismo alemán hasta el propio nacionalismo que surgía como una corriente claramente definida, surgieron de una manera efervescente una gran cantidad de partidos⁹⁷. Se citan el Partido Obrero y el Partido Laborista (1927), el Partido Comunista (1928), el Partido Socialista Revolucionario (1928), otro Partido Socialista en 1939, en 1935 el Partido Obrero Revolucionario (P.O.R.), así como la organización Beta Gama y la Confederación Socialista Boliviana en 1937, la Falange Socialista Boliviana (F.S.B.) y en 1939 el partido Socialista Obrero de Bolivia. De estas corrientes brotarían las grandes organizaciones políticas de las siguientes décadas como el Movimiento Nacionalista Revolucionario (M.N.R.).

Durante el periodo de Gobierno del M.N.R., consecuentemente a la Revolución de 1952, se marcaron hechos fundamentales que cambiaron de un modo radical al país. Por una parte, se modificó totalmente la estructura económica; de una economía semi feudal (agricultura) controlada y dependiente (minería, particularmente) de capitales privados de incalculable poder se pasa a una economía básicamente controlada por el Estado (más del 70%). Se crea una burguesía, que sin lograr estructurarse como clase coherente, permite el intento de industrializar el país. Se logró una cierta diversificación en la producción económica y una mayor articulación de la geografía nacional. El proceso de desarrollo excepcional del oriente boliviano (Santa Cruz), especialmente, y el desarrollo por la Corporación Boliviana de Fomento de la ganadería y agricultura en el Beni (caña y algodón), se deben a este proceso.

LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1938

Promulgada por Germán Busch y aprobada por el Congreso, siendo su Presidente el Dr. Renato Riverin, que había sido Director General de Sanidad, según el jurista Ruffo Oropeza⁹⁸ rompe la tradición libre cambista de la política económica e inicia un nuevo periodo constitucional: el del socio-constitucionalismo. Determina la exigencia de la función social de la propiedad privada, la protección del trabajo, la salud, la familia y otros aspectos que permiten cambiar la orientación del estado gendarme hacia una posición más humana: el Estado orientador planificador y ejecutor de las necesidades de la población para alcanzar su bienestar. Se establecen los denominados Regímenes especiales, orientados a regular y coordinar la labor del estado en el sector económico, financiero, social, familiar, cultural y campesino.

⁹⁷ Grupo Canelas. Bolivia, El Milenio, 1999.

⁹⁸ Ruffo Oropeza delgado. Bolivia. El Derecho a la Salud en las Américas. Estudio Constitucional Comparado. OPS/OMS. Washington D.C. – 1989.

En esta Constitución los Derechos y Garantías, se evidencian en las secciones correspondientes al Régimen Social y la Familia, en las atribuciones que se confiere al Estado en la regulación del Seguro obligatorio de toda la fuerza de trabajo, la protección de la salud y la vida de los trabajadores, la defensa de la salud física, mental y moral en la familia y de la constitución de los organismos técnicos adecuados, como se concluye de la transcripción de los siguientes artículos: *“Régimen Social: Artículo 122. La Ley regulará el Seguro Obligatorio de enfermedad, accidentes, paro forzoso, invalidez, vejez, maternidad y muerte, los desahucios e indemnizaciones a empleados y obreros, el trabajo de las mujeres y de los menores, la jornada máxima, el salario mínimo, el descanso dominical y de los feriados, las vacaciones anuales y puerperales con goce de salario, la asistencia médica e higiénica y otros beneficios sociales y de protección a los trabajadores.*

Artículo 124. EL Estado dictará medidas protectoras de la salud y de la vida de los obreros, empleados y trabajadores campesinos; velará porque estos tengan viviendas salubres y promoverá la edificación de casas baratas, velará igualmente por la educación técnica de los trabajadores manuales. Las autoridades controlarán, asimismo, las condiciones de seguridad y salubridad públicas dentro de las que deberán ejercer las profesiones o los oficios, así como las labores en el campo y las minas”.

La Familia. Artículo 134. Es deber primordial del estado la defensa de la salud, física, mental y moral de la infancia. El estado defiende los derechos del niño al hogar, la educación y a la amplia asistencia cuando se halla en situación de abandono, de enfermedad o de desgracia. El estado recomendará el cumplimiento de lo dispuesto en este artículo a organismos técnicos adecuados.”

La Constitución Política del Estado de 1938, cuyos dispositivos referentes a la protección social de la salud, de la población boliviana han permanecido sin modificaciones sustantivas en las demás revisiones constitucionales fue aprobada en la Sala de Sesiones de la Convención Nacional en La Paz, el 28 de octubre de 1938, siendo el Presidente el Convencional Senador por Potosí, el Dr. Renato A. Riverin, el primer Vicepresidente Convencional, Diputado por La Paz, el Dr. Alfredo Mollinedo, ambos médicos y el representante del Ejecutivo, Ministro de Trabajo, Previsión Social y Salubridad, el Dr. Manuel Alberto Zelada, abogado⁹⁹.

LA CONVENCIÓN-CONGRESO DE 1945

Introduce algunas reformas que en lo esencial consisten en la concesión de la ciudadanía a las mujeres quienes podían concurrir como electores para la formación de

⁹⁹ Alcides Alvarado. La Constitución y sus Reformas. 1994, Universidad Mayor de San Andrés. La Paz. 1994.

los gobiernos comunales, *se establece el fuero sindical* y se prohíbe que los dirigentes de los trabajadores sean despedidos, perseguidos o encarcelados por sus actividades sindicales, se reconoce la igualdad jurídica de los cónyuges, el matrimonio de hecho por la unión concubinaria y se permite la investigación de la paternidad conforme a ley.

EL CONGRESO CONSTITUYENTE DE 1947

Efectuado en la Presidencia de Enrique Hertzog introduce modificaciones en otros aspectos. Pero tanto éste como la Convención-Congreso de 1945 ratifican los principios de la Constitución de 1938, de manera que el **Estado inicia su labor protectora sobre las condiciones de salud del trabajador y definen la salud de la infancia con el criterio de preservar el capital humano.**

EL CENSO DE 1950

El 15 de septiembre se realizó el censo nacional, el segundo del siglo y el primero en cincuenta años. El resultado del empadronamiento daba la cifra de 3.019.031 habitantes para el país, con un 33,9% de población urbana y un 66.10% de habitantes en las áreas rurales.

EL MINISTERIO DE HIGIENE Y SALUBRIDAD

Ezequiel Osorio¹⁰⁰ decía en 1928, después de describir las condiciones deplorables en que se encontraba el país en relación a la organización sanitaria: *“Hace poco he presentado al ejecutivo a las Cámaras un proyecto para la creación del Ministerio de Higiene y Salud Pública o departamento de estos ramos. Todavía no ha sido resuelta la proposición”*. La proposición, se materializó diez años después, *“había llegado la hora de dar vida a Ministerio de Salubridad”* dice Juan Manuel Balcázar. Anteriormente en 1935 el cuerpo médico nacional había presentado un alegato al Presidente José Luis Tejada Sorzano y en 1938 esta iniciativa fue enviada a la Convención Nacional presidida por *“inesperada coincidencia por Renato A. Rivera, exDirector General de Sanidad, exPresidente del Departamento de Higiene y uno de los más entusiastas partidarios de la creación del citado portafolio”*.

El 20 de agosto de 1938 la Convención Nacional sancionó el decreto cuyo artículo único establecía que *“la administración pública será atendida por las siguientes secretarías de Estado: 1. Relaciones Exteriores, Inmigración y Culto, 2. Gobierno, Justicia y Propaganda, 3. Hacienda y estadística, 4. Defensa Nacional, 5. Agricultura, Regadío y Colonización, 6. Obras Públicas y Comunicaciones, 7. Minas y*

¹⁰⁰ Ezequiel Osorio. Servicio Sanitario Nacional. Revista Instituto Médico Sucre. 1928.

Petróleo, 8. Industria y Comercio, 9. Educación, Bellas Artes y Asuntos Indígenas, 10. Trabajo y Previsión Social, 11. Higiene y Salubridad.

El Dr. Alfredo Mollinedo, viendo las necesidades administrativas del despacho a su cargo, en Consejo de Ministros hizo aprobar el Decreto del 31 de agosto de 1938, por el cual el ministerio de Higiene y Salubridad tomaba a su cargo la organización y funcionamiento de la Sanidad e higiene de la República, para cuyo objeto se crearon dos departamentos, uno técnico y otro administrativo, el Departamento Técnico estaría a cargo de un profesional médico con el título de Oficial Mayor, y debiendo funcionar bajo su dependencia doce direcciones con las funciones específicas consiguientes:

1. Dirección de Hospitales y Asistencia Pública
2. Dirección de Lucha Antituberculosa y Antileprosa
3. Dirección de Lucha Antipalúdica, Enfermedades Tropicales y Fiebre Amarilla
4. Dirección de Institutos Científicos
5. Dirección de Sanidad Escolar
6. Dirección de Lucha Antivenérea y Antialcohólica
7. Dirección de Epidemiología y Profilaxis
8. Dirección de Higiene Industrial, Urbana y Rural
9. Dirección de Servicios Químicos y Farmacéuticos
10. Dirección de Servicios Dentales
11. Dirección de Información y Propaganda
12. Ingeniería Sanitaria.

El Departamento Administrativo (Artículo 5° del decreto) estaba conformado por ocho reparticiones.

El decreto señalaba la necesidad de elaborar un Estatuto Orgánico del Ministerio en que se fijará las atribuciones de las autoridades técnicas, señalando la correspondencia del presupuesto con el vigente de la Dirección General de Salubridad Pública. El Decreto del 6 de junio de 1939 aprobó el estatuto Orgánico del Ministerio de Higiene y salubridad en 21 capítulos y 14 artículos, que constituye el primer documento normativo del sector salud en el país.

Hasta 1938 los hospitales, las oficinas de estadísticas, las de vacunaciones, las políticas sanitarias y los consultorios públicos dependían de las municipalidades. Al crearse el Ministerio de Salubridad según Balcázar “*con un criterio mal entendido, caprichoso de socialismo a outrance*”, se dispuso el paso de esos servicios al gobierno ejecutivo y al presupuesto nacional. Anteriormente las obligaciones presu-

puentarias tenían tres fuentes, el presupuesto municipal, departamental y nacional. *Esta distribución de obligaciones y responsabilidades era la más equitativa y permitía una atención relativamente desahogada. En la entrega al estado de esta carga enorme, consistió en el ramo de salubridad, el socialismo de los señores convencionales. Un tesoro tan raquítico como el nacional tuvo que aceptar la nueva responsabilidad. Las Municipalidades y prefecturas por su parte se sintieron aliviadas de súbito con tan inesperado beneficio. Los renglones más altos de sus presupuestos de gastos, salubridad e instrucción habían desaparecido como por arte de encantamiento merced al incomprendido socialismo*”¹⁰¹.

Según Juan Manuel Balcázar que por tres veces fue Ministro del ramo, la frondosidad de la planta burocrática fue disminuyendo con el tiempo poco a poco, llegando a partir del año 1948 a contar solamente con las siguientes reparticiones: Administración, Lucha Antituberculosa, Lucha Antileprosa, Epidemiología y Lucha Antivenérea, Servicio Químico-Farmacéutico y Secretaría General, Subsecretaría u Oficialía Mayor.

Desde 1946 se estableció la Dirección General de sanidad con todas sus reparticiones anexas, como organismo técnico. Desempeñaron este cargo sucesivamente César Adriázola, Guillermo Debbe, Néstor Salinas, Néstor Orihuela, Jorge Suárez, Fernando Moreno, Francisco Torres Bracamonte. Estando de Ministro el Dr. Juan Manuel Balcázar en 1947 se suspendió el cargo de Oficial Mayor de Salubridad puesto que las funciones que desempeñaba podían ser realizadas por el Director General de Salubridad y la Secretaría General. La Dirección General de sanidad tomó bajo su dirección las Sanidades Departamentales que cambiaron de nombre, denominándose “*Distritos Sanitarios*” (1947) bajo cuya tuición se encontraba la Sanidad Provincial, donde los recién egresados de las facultades de medicina tenían la obligación de prestar sus servicios médicos (D.S: del 30 de octubre de 1947), haciéndose extensiva esta obligación a todos los que tramiten su título en provisión nacional (D.S. N° 1907 del 26 de enero de 1950).

LOS PROYECTOS DEL DR. IBÁÑEZ BENAVENTE

El Dr. Abelardo Ibáñez Benavente si bien como el mismo califica su vida “*como una vida de esfuerzo determinado a cubrir las dos pasiones que me han dominado, como lo han sido mi pasión por la cirugía y mi pasión por el ejército boliviano (Sed y Sangre en el Chaco, la Paz, 1967)*”, al ser designado Ministro de Higiene, de Salubridad y Provisión Social (15 de abril de 1940-1° de marzo de 1942), demostró su obsesión por extender los servicios de salud a las comunidades rurales marginadas de los servicios de salud. Como cirujano es considerado como uno de los más com-

¹⁰¹ Juan Manuel Balcázar. Historia de la Medicina en Bolivia. Capítulo XXV. La Paz. Año 1956.

pletos cirujanos, iniciador de la cirugía biliar en el país, connotado profesor de clínica quirúrgica, organizador de la cirugía boliviana y la cirugía militar (como le gusta diferenciar) y del hospital de ortopedia y recuperación del Banco Central; en el ejército boliviano fue Director de la Sanidad Militar, Jefe Militar en campaña durante la Guerra del Chaco, llegando al grado de General de Sanidad.

Al ser posesionado de Ministro en el Gobierno del Gral. Enrique Peñaranda, presentó al Congreso un proyecto de ley para ser aprobado, un *“Plan Cuadrienal de Acción sanitaria para normar las actividades que había de cumplirse durante el periodo constitucional”*. Hay que considerar este documento como antecesor a los planes de salud que se sucederán después, formulados por cada gobierno. El plan contemplaba *“la atención a todas las necesidades en materia de higiene y previsión social, así como las partes pertinentes a la medicina preventiva y curativa, por lo tanto la construcción paulatina de hospitales, dispensarios y prenatales, centros materno-infantiles, cantinas maternas, etc, sobre todo insistíamos en la creación inmediata de un sistema completo de postas móviles sanitarias”*. En el pensamiento del Dr. Ibáñez Benavente estaba presente entonces la idea de que en los años 70 y 80 se ha de consolidar cómo extender la cobertura de servicios de salud, sobre todo a las comunidades marginales. Demuestra esta su nueva pasión al decir: *“Desideratum que me había obsesionado desde dos años atrás, para lograr la INTEGRAL ATENCIÓN CURATIVA y PREVENTIVA de las comarcas rurales de todo el territorio boliviano los cuales se encontraban en un completo abandono como lo estoy hoy a pesar de los muchos años transcurridos”*. El Plan nunca llegó a ser tratado en el Congreso, pero el Dr. Ibáñez Benavente orientó las acciones en esa dirección. *“Se realizó una importante compra de camionetas y mulas con sus convenientes equipos para comenzar a instalar gradualmente las postas móviles sanitarias...”*.

Siguiendo el Plan Cuadrienal que se había planteado y que no fue aprobado por el Congreso, presentó dos proyectos de ley de gran significación para la Salud Pública u el desarrollo alternativo. Concibió la necesidad de la yodización de la sal para combatir el bocio endémico; se pedía *“el establecimiento del estanco de la sal de cocina para venderla por cuenta de Estado una vez iodada, imitando el ejemplo de Suecia, país en el cual se logró erradicar el bocio por este sistema, destino a evitar los innumerables casos de cretinismo prevenientes de esa endemia tan generalizada en nuestro montañoso país”*.

El otro proyecto se refería al desarrollo alternativo del cultivo de la coca, pero con mejores propósitos que los actuales: *“disponía la obligatoriedad del cultivo de leguminosas en las zonas tropicales en la proporción de una hectárea por cada dos dedicadas al cultivo de la coca, para así mejorar su alimentación de los habitantes*

campesinos tan pobre en proteínas, lo que los convertía en fecundo campo para la propagación de la Tuberculosis”.

LAS ACCIONES SANITARIAS Y DE PREVISION SOCIAL

El naciente Ministerio de Higiene y Salubridad del periodo de Germán Busch es refundido con el Ministerio de Trabajo, transformándose en Ministerio de Trabajo, Salubridad y Previsión Social¹⁰² en el periodo de Enrique Peñaranda a quien persuadió de esta medida el Dr. Abelardo Ibañez Benavente. En su informe al Congreso en 1941 había hecho el siguiente planteamiento: “*el antiguo Departamento de Higiene y Salubridad no era sino un conglomerado informe de normas fijas de una política sanitaria, sin un plan preestablecido para regir su funcionamiento, es decir que desarrollaba una acción preferentemente sanitaria individual antes que una acción sanitaria social*”, de ahí que señalaba “*la necesidad de coordinar entre los organismos de asistencia sanitaria con los de previsión social*”. El Decreto del 12 de noviembre, regula las coordinaciones administrativas de las funciones que competen a cada ramo del Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salubridad estableciendo: “*Artículo 4º: Por el ramo de Salubridad Pública se atenderá:*

- 1. El funcionamiento de los Hospitales Civiles y Militares, manteniéndose la sección administrativa a cargo de las entidades que dependan.*
- 2. Las oficinas y servicios profilácticos de vacunación.*
- 3. El saneamiento de las regiones y las campañas sanitarias, especialmente contra las enfermedades específicas y endémicas.*
- 4. La defensa de la madre y el niño*
- 5. Atención de Manicomios.*

Artículo 5º: Por el ramo de Trabajo y Previsión Social se considera:

- 1. Formar y fomentar las instituciones y organizaciones de Asistencia, Seguro y Ahorro Social.*
- 2. Dirigir y desarrollar los barrios y viviendas obreras sujetas a condiciones de higiene y estética*
- 3. Instalar casas de abasto y droguerías populares para el consumidor de acuerdo con el Ministerio de Economía Nacional.*
- 4. La defensa del trabajador en sus salarios, salud física y cultura general”*

Tomando como marco de referencia esta asignación de responsabilidades, las acciones realizadas por el Ministerio en este periodo las hemos dividido en acciones de

¹⁰² Rolando Costa Arduz. Historia del Ministerio de Salud. (Referencia al Informe de Ibañez Benavente del Boletín N° 6. El Deber. 1941). La Paz, junio 2000.

Salubridad y acciones de Previsión Social, considerando para cada grupo las disposiciones, leyes, decretos, resoluciones consiguientes a determinadas funciones específicas que mantienen una fisonomía propia hasta la estructuración, sobre fundamentos legales y doctrinarios del Ministerio de Salud Pública del próximo periodo.

Las acciones que se realizaron, referentes al desarrollo de las acciones sanatorias en el periodo del Ministerio de Higiene y Salubridad, las hemos agrupado en las que corresponden a las enfermedades dominantes, el ejercicio profesional y los hospitales, que también fueron descritas en el periodo anterior de la Dirección General de Sanidad, añadiendo las iniciativas que empiezan a manifestarse de la atención de la madre y el niño con la creación de infraestructura.

LAS ENFERMEDADES DOMINANTES

En su *“Apuntes de un Médico”*, el Dr. Jaime Mendoza publicado en Sucre en 1936, en el Capítulo de *“Notas sobre Geografía Médica Boliviana”* hace un estudio de la distribución de las enfermedades en una circunscripción territorial determinada sobre la base de sus observaciones personales (primer paso, en el método de Salud Pública). Basado en la teoría que ha venido desarrollando del macizo andino por la que el relieve del país lo compara con b, donde el rasgo lineal es el eje montañoso central, al occidente está la altiplanicie y al oriente la llanura boscosa con sus porciones amazonía y la platense, la parte abultada de la b. En estas regiones describe el tipo de enfermedades encontradas su naturaleza y relaciones con el medio físico y determinando su prevalencia regionales y sus variaciones entre ellas. Se ocupa de algunas enfermedades que hasta entonces no han sido descritas por otros autores, como ejemplo el raquitismo y el reumatismo en el altiplano, en las llanuras orientales el cretinismo o bocio, la uncinariasis, el botón de oro, pian o verruga peneana, la micosis y otras parasitosis cutáneas. En relación al cretinismo, en sus apuntes señala los siguientes datos: *“Como en el macizo de los yungas el cretinismo abarca en el macizo de charcas zonas a la vez palúdicas o cercanas a ellas. Ciertamente es que en mis viajes por ese sector de la Cordillera Oriental no he visto que dicha afección alcance alturas notables como en los yungas, en el Mapiri (hasta cerca de 4000 metros), más corriente lo he encontrado desde 2000 metros abajo. Últimamente viajando por el Chaco y zonas adyacentes por el norte y oeste encontré nuevos centros bociógenos a los pies de los Andes en el comienzo de la llanura platense a unos 800 metros de altura”*

En 1941 el Dr. Luis Landa Lyon, fundador de la Cátedra de Oftalmología en la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés (según los recuerdos del Dr. Félix Sánchez Peña, anteriormente ocupó la cátedra vacante) como el último de los Directores Departamentales de sanidad de La Paz, puesto que el cargo fue

suprimido por falta de presupuesto publicó su libro Geografía Epidemiológica del departamento de La Paz. Este libro se basa en los informes que periódicamente envían los jefes de sanidad provincial alrededor del año 1937, está dedicado a ellos y al Dr. Luis Carmona, su secretario quien organizó la información. El libro contiene una descripción para cada provincia del departamento, agrupadas en zonas, altiplano, el valle, los yungas y el trópico en capítulos referidos a su topografía, climatología, orografía, hidrografía, etnografía, vías de comunicación, parásitos regionales que predominan, condición sanitaria y epidemiología. Este estudio se inicia con un capítulo, la Ciudad de La Paz, en que se hace una descripción metodológica de la situación de salud de la ciudad y los factores que la condicionan; constituye un valioso documento en el que se presenta el análisis de la situación de salud, de una ciudad y de las provincias que hasta entonces no habían sido enunciados, ni presentados metodológicamente.

En el grupo de enfermedades dominantes se toma especial atención de los Servicios de lucha contra la Fiebre Amarilla, el Paludismo y la Uncinariasis, encargando por Resolución Suprema del 8 de marzo de 1942, su dirección técnica y administrativa a la Fundación Rockefeller, renovando el contrato de servicios. La campaña contra el Paludismo se extendió en los Departamentos de Chuquisaca (Cinti), la Paz (Yungas) y Cochabamba (la capital y Provincias de Quillacollo, Pucarani, Capinota y Mizque) y contra la Uncinariasis en toda la región tropical y subtropical, especialmente Beni y Santa Cruz, donde era conocida esta parasitosis con el nombre de kasahui y tratada con una resina denominada ojé. La jefatura del servicio se localizó en Cochabamba¹⁰³. En 1948 (Decreto Supremo 1976 del 24 de julio de 1948) habiéndose acordado intensificar la vacunación antiamarílica, declarándola obligatoria para toda la población de las zonas afectadas, se encargo a la División de Endemias Rurales de la Fundación Rockefeller y a la Dirección General de Sanidad, la dotación y administración de todos los recursos necesarios para desarrollar el proyecto.

El Decreto del 3 de mayo de 1939 estableció la declaración obligatoria de un buen número de enfermedades infectocontagiosas, tipificadas en el artículo 1° que decía: “*se establece la declaración obligatoria de todo caso sospechoso o confirmado de enfermedad infectocontagiosa denunciante para cuyo efecto se tendrá en cuenta la siguiente nomenclatura:*

1. *Coqueluche(Tos convulsa)*
2. *Difteria*
3. *Erisipela*
4. *Escarlatina*

¹⁰³ Juan Manuel Balcázar. Epidemiología Boliviana. La Paz. 1946

5. *Fiebre Tifoidea*
6. *Paratifus*
7. *Tifus Exantemático*
8. *Gripe (Influenza)*
9. *Tuberculosis abierta*
10. *Paperas*
11. *Rubeola*
12. *Sarampión*
13. *Sarna*
14. *Fiebre Amarilla*
15. *Peste*
16. *Cólera*
17. *Viruela y alastrin*
18. *Varicela*
19. *Infección Puerperal*
20. *Oftalmia del recién nacido*
21. *Lepra*
22. *Disenterías*
23. *Meningitis cerebro-espinal epidémica*
24. *Parálisis Infantil o enfermedad de Heine-Medin*
25. *Tracoma*
26. *Leishmaniasis*
27. *Carbunco*
28. *Encefalitis letárgica*
29. *Fiebre Ondulante*
30. *Rabia*
31. *Sífilis en periodo contagioso*
32. *Anquilostomiasis*
33. *Tiñas.*”

Los demás artículos fijaban las condiciones de la declaración obligatoria, encargando según las circunstancias al médico, al enfermo o al pariente más próximo como a otras personas relacionadas con el caso en colegios, asilos, prisiones, etc, incluyendo incluso al farmacéutico que expedía los remedios. En 1956, decía el Dr. Balcázar “*por muchos esfuerzos que se hizo, el decreto como muchos otros quedó escrito: muy rara vez se ha hecho una declaración con el interés de mejorar el control de las enfermedades y las epidemias, sobre todo en el área rural*”. El Decreto del 4 de julio de 1948 señalaba la “*obligación que tenían los propietarios de fundos urbanos y rurales de contribuir en cooperación con el Estado al mantenimiento de la higiene pública procurando evitar la presentación de epidemias o controlándolas*”. En caso de epidemia declarada dentro de la circunscripción de una propiedad rural, se obli-

gaba la colaboración del propietario por lo menos en la proporción de una tercera parte de los gastos, debiendo el Estado cubrir con las dos terceras partes restantes. El artículo 2° del decreto establecía la obligación de los propietarios de fundos rurales de denunciar las siguientes enfermedades por intermedio del médico o sanitario del distrito o, a falta de éste del más próximo:

1. *Coqueluche (Tos convulsa) - Tos Ferina*
2. *Difteria (angina membranosa)*
3. *Escarlatina*
4. *Varicela (Viruela Loca)*
5. *Sarampión (alfombrilla)*
6. *Viruela*
7. *Fiebre Tifoidea y paratifoidea*
8. *Tifus Exantemático*
9. *Fiebre Amarilla (vómito negro)*
10. *Disenterías*
11. *Parotiditis Epidémica (paperas)*
12. *Meningitis Cerebroespinal*
13. *Fiebre Recurrente*
14. *Rabia*
15. *Lepra*

Esta iniciativa tuvo mejor acogida que las disposiciones anteriores, por lo menos en un principio, dependiendo su cumplimiento de la preocupación y el interés que debían tomar las autoridades sanitarias del nivel departamental y provincial sobre todo¹⁰⁴.

Para el control de la Lepra en el Gobierno del Dr. Hertzog se dictó un Decreto (4 de noviembre de 1948) expropiando el fundo denominado “*Los Negros*” en el pueblo de Pampa Grande de la Provincia Florida del Departamento de Santa Cruz, con destino a la instalación de un leprosario, y en 1948 se asignaron fondos para la atención del Tifus Exantemático en la población de Tarata (Cochabamba).

En 1942 apareció otra ley reglamentando la vacunación y revacunación contra la viruela, muchas tentativas de vacunación general en toda la república habían fracasado, en todas las capitales departamentales fueron creadas oficinas de vacunación, independientes o anexas a las Asistencias Públicas, con todo la Viruela continuaba como una de las enfermedades más arraigadas en todo el territorio nacional. Estando de Director del Instituto Nacional de Bacteriología el Dr. Félix Veintemillas, circuló profusamente y era usado en la docencia una “*Cartilla Sanitaria para la Vacunación Antivariolosa*”. En su breve introducción se señala que “*la presencia*

¹⁰⁴ Juan Manuel Balcázar. Historia de la Medicina en Bolivia. Capítulo XX. Profilaxis. La Paz 1956.

de la Viruela se debe a la falta de vacunación sistemática y que aunque el procedimiento de vacunación sea elemental, se debe saber vacunar” y sus capítulos se refieren a la Viruela (historia, transmisibilidad, receptividad y tipos de Viruela); protección preventiva contra la Viruela, direcciones para el uso de la vacuna antivariolosa y el método. En el método se indica que después de lavar la piel en el sitio que se va a vacunar y sacar el virus del contenido para hacer la escarificación dice *“con una lanceta, pluma de escribir o alfiler estériles se hará dos rayas superficiales de medio centímetro de largo cruzadas por otras dos iguales sobre la gota de virus vacunal”*. La vacuna era producida por el Laboratorio del Instituto Médico Sucre, que por Decreto del 30 de octubre de 1946, se le denominó Laboratorio Nicolás Ortíz y también por la Sección de Vacuna Antivariolosa del Instituto de Bacteriología.

EL LABORATORIO NACIONAL DE BCG

A fines de 1935, el Director de Sanidad Juan Manuel Balcázar mediante campañas apoyado por el Dr. Jaime Mendoza, logró interesar al Gobierno y el cuerpo médico en la vacunación BCG como medida profiláctica contra la Tuberculosis. El Laboratorio Nacional de BCG fue creado en 1942 según Decreto del 8 de mayo como Departamento de vacunación Antituberculosa BCG, con sede en Sucre y dependiente de la Dirección Nacional de Lucha Antituberculosa. La iniciativa de la elaboración de la Vacuna BCG en Bolivia corresponde al Prof. Gumercindo Sayago de la Universidad de Córdoba, quien en su visita a nuestro país, en sus conferencias sobre la lucha contra la Tuberculosis, se refería preferentemente a la nueva arma que se estaba utilizando, la vacunación BCG, cuya utilidad estaba comprobada. Fue en Sucre donde sus ideas encontraron terreno abonado particularmente entre los profesionales médicos que ya habían hecho resaltar la importancia de esta medida preventiva¹⁰⁵ concediendo una beca de un año para que un médico boliviano estudiara en el Instituto de Tisiología que él dirigía en Córdoba, capacitándose en la tecnología de la elaboración del BCG; las autoridades universitarias de Sucre por su parte contribuyeron con la asignación de otra beca para el profesional que sería entrenado en la aplicación clínica de la vacuna en el mismo Instituto. Los profesionales elegidos para realizar estos estudios fueron el Dr. Adán Briançon y Enrique Vargas Sivila que se instalaron en Córdoba.

Las gestiones del Rector de la Universidad, Dr. Aniceto Solares, para la creación del Laboratorio, fueron bien acogidas por el Dr. Abelardo Ibáñez Benavente, correspondiendo a su sucesor, el Dr. Antonio Pinto Escalier, Ministro de Trabajo, Previsión Social y Salubridad, la firma del Decreto de su creación y su asistencia a la inaugu-

¹⁰⁵ Luis Hurtado Gómez. Historia del BCG en Bolivia. Archivos Bolivianos de Historia de la Medicina. Vol 2, N° 1. 1996.

ración, el 26 de mayo de 1942. El Decreto del 30 de octubre de 1946 determinó la denominación del laboratorio Nacional de BCG con el nombre de Gumercindo Sayago, al respecto el Dr. Juan Manuel Balcázar decía: *“El Laboratorio de Vacunación BCG pocos meses después fue denominado Nicolás Ortíz, denominación que se quiere cambiar por incomprensión antipatriótica, por la correspondiente al nombre de un profesional extranjero, olvidando que según la ley no puede usarse en las reparticiones oficiales ningún nombre de persona viva”*¹⁰⁶. El Dr. Enrique Vargas Sivila a quien se considera como el profesional que introdujo el método científico en la investigación de la Tuberculosis a través del servicio de Broncopulmonares de Sucre, creador de la Cátedra de Tisiología, del que fue su primer profesor, conjuntamente con el Dr. Adan Briançon, estuvieron a cargo de la Dirección del Instituto. El Dr. Vargas Sivila por razones políticas tuvo que radicar en Córdova (República Argentina) donde desarrolló una brillante labor como tisiólogo, escritor, científico y publicista. El Instituto Nacional de BCG de acuerdo al decreto de su creación debía contar con dos secciones, una de elaboración de la vacuna y la otra de vacunación, en Julio del año 41 se dictaron dos decretos, el primero establece la asignación de un Jefe de Laboratorio Antituberculoso en Sucre y el segundo la obligación que tienen los médicos farmacéuticos y enfermeras de denunciar todo caso de meningitis cerebrospinal y el 3 de agosto se dicta el decreto de la constitución de dos secciones del departamento de vacunación Antituberculosa señalando las atribuciones y dependencias de ambas.

La primera etapa del periodo experimental y la vacunación en niños se realizó en la Maternidad de Santa Bárbara, en diciembre de 1943, *con autorización del Director de la Lucha Antituberculosa, Dr. León Arce Castrillo, el Dr. Vargas Sivila se trasladó a la ciudad de La Paz y en fecha 15 practicó vacunación a niños del Preventorio de Obrajes con la colaboración del Dr. Guillermo Jáuregui. Ese año se propuso la extensión de la vacunación a otros destinos solicitando a las autoridades sanitarias la instalación de ambientes adecuados”*¹⁰⁷ Así se iniciaba la aplicación del BCG en Bolivia con la producción nacional de la Vacuna. En 1944 se determinó la vacunación BCG obligatoria en toda la República, asignándose fondos y recursos.

EL EJERCICIO PROFESIONAL

Fue objeto de algunas medidas reglamentarias, como el decreto que establecía *“la protección de servicios de lucha antituberculosa determinando que quienes resultaran contagiados gozarán del haber que perciben durante su enfermedad”* y la ley de creación de la Escuela Nacional de Enfermería y Visitadoras Sociales, dependiente del Ministerio, señalando los aspectos concernientes a la organización, dirección,

¹⁰⁶ Juan Manuel Balcázar. Historia de la Medicina Boliviana. La Paz. 1956

¹⁰⁷ Luis Hurtado Gómez... Idem a 9.

docencia y programas; Germán Monroy Block elevó a Ley la creación de la Escuela de Enfermeras y Visitadoras Sociales (D.S. 5 de abril de 1945) y en fecha 16 de mismo año concedió pensión vitalicia a las enfermeras de guerra. El Dr. Morales Ugarte firmó la Resolución del 20 de junio de 1947 concediendo plazos para que todos los profesionales en medicina y ramas anexas provenientes de países con los que Bolivia no mantengan tratados de reciprocidad académica revaliden sus títulos. El Dr. Melchor Pinto Parada dispuso(en el Decreto 30 de octubre de 1947) la determinación de que los médicos egresados de las facultades nacionales de Medicina no podrán desempeñar cargos rentados dependientes del Ministerio sin antes haber acreditado haber prestado servicios profesionales en provincia por el término mínimo de un año, otra disposición del 22 de diciembre modifica el Decreto Reglamentario del 15 de febrero de 1940, respecto al uso del papel de salubridad, en los certificados de defunciones sustituyendo con un timbre de salubridad en los formularios impresos que reemplazan al papel de salubridad. En el periodo del Dr. Agustín Benavides se dicta el Decreto Supremo N° 1907 del 26 de enero de 1950, en donde el servicio médico de provincias se hace extensivo a todos los que tramiten el título en provisión nacional. El Dr. Félix Veintemillas mediante Decreto N° 2020 (29 de abril de 1951) establece con carácter obligatorio a médicos, dentistas y matronas con título en provisión nacional o con las licencias generales el uso de formulario especial destinado a la prescripción de antibióticos en general y de estupefacientes; el Decreto N° 3990 (septiembre de 1951) en el periodo del Dr. Félix Veintemillas prohíbe a los profesionales farmacéuticos, químicos y bioquímicos el ejercicio de doble dirección y regencia de farmacias, boticas, droguerías o casas importadoras en todo el territorio de la República.

LOS HOSPITALES

Las resoluciones y decretos ministeriales en relación al desarrollo de la infraestructura en lo que respecta a hospitales y otro tipo de establecimientos, se refieren a construcciones con dotación de fondos en unos casos y en otros la constitución de comisiones o comités para la edificación, ampliaciones y/o remodelaciones, más en las provincias para la atención rural que en las capitales. En el periodo de Peñaranda se da curso a las construcciones del Hospital de Sorata y de Puerto Suárez y se organizan los comités para la edificación de hospitales de Portachuelo, Yacuiba, Camiri, Capinota, Padilla, Tarabuco, Zudañez, Padcaya y se aprueba la construcción de un pabellón de operaciones y otro con destino a enfermos broncopulmonares en los terrenos del Hospital General de Miraflores de La Paz. En el Gobierno de Enrique Hertzog se asignan fondos para atender las necesidades del Hospital Viedma de Cochabamba(12 de diciembre de 1947). El 24 de noviembre (Decreto) se crean dos puestos sanitarios en la población las “Piedras” de la Provincia de Madre de Dios, en el Departamento del Beni. Este hecho debe considerarse como la primera

disposición oficial por la que el sistema de servicios de salud se extiende hacia la comunidad con personal auxiliar. Por decretos se destinan fondos de una sucesión testamentaria a favor de la Maternidad del Hospital Viedma en Cochabamba.

El informe del Dr. Juan Manuel Balcázar al Congreso daba cuenta entre las acciones realizadas, los avances y conclusiones de los Hospitales de Arani, Aiquile y la Maternidad del Hospital Viedma en Cochabamba, en Potosí el Dispensario broncopulmonar y los Hospitales de Tupiza, Villazón y Uncía, en Santa Cruz, Juan de Dios de la capital cruceña. Entre otras obras se informaba de la conclusión en el Manicomio Pacheco de Sucre de la residencia de los RR. Padres de la Orden de San Juan de Dios. En 1949, estando de Ministro el Dr. Agustín Benavides, el Decreto N° 1831 de 13 de noviembre crea en La Paz, Chuquisaca y Cochabamba, es decir donde existen facultades de Medicina, Centros Anticancerosos para diagnóstico y tratamiento precoz. El Dr. Félix Veintemillas (Decreto 2185 de 15 de junio de 1948) da curso al decreto de creación de la Junta Directiva del Hospital de Niños de la Ciudad de La Paz *”con la finalidad de supervisar y ayudar a la construcción, equipamiento y funcionamiento de ese nosocomio.”*

La administración de hospitales mereció también especial atención en el ramo de salubridad, determinándose sucesivamente una serie de resoluciones para su cuidado y mejor funcionamiento. El Dr. Pinto Escalier, derogó el Decreto Supremo del 24 de octubre de 1941, por el cual se establecía que los hospitales General de La Paz, Viedma de Cochabamba y Santa Bárbara de Sucre pasaban a depender de las Facultades de Medicina, las razones que se expusieron para su derogación decían no haberse interpretado adecuadamente los alcances de esta disposición, haciéndose por tanto imposible su ejecución. La Ley del 31 de octubre de 1942 aprobada por el Congreso determinó que en los lugares donde no existían hospitales civiles, los hospitales militares atenderán a la población civil. Una disposición del Dr. Juan Manuel Balcázar determinó que las municipalidades están obligadas *“a intervenir en la administración de los hospitales públicos, disponiéndose que los ingresos que perciben de los hospitales deben ser depositados en el Banco Central en una cuenta especial”*. En el Gobierno de Enrique Hertzog, estando de Ministro el Dr. Melchor Pinto Escalier, el decreto dictado el 14 de febrero de 1947 puso en vigencia el *“ESTATUTO GENERAL DE HOSPITALES”* que constaba de 29 capítulos y 125 artículos. El Dr. Juan Manuel Balcázar se preocupó de la creación y consolidación de los *“Comités de Administración Hospitalaria”* y el control de la actividad profesional, poniendo en ejecución de la ley del 4 de noviembre de 1947 la prohibición del desempeño de dos cargos considerado incompatibilidad y el cumplimiento del Servicio Obligatorio de Provincias; en 1948 expuso en su informe los fundamentes de un *“Plan Trienal de Obras Sanitarias”*. El Dr. Valentín Gómez, como última disposición de su gestión en el Gobierno de Hugo Ballivián determinó en el Decreto 3028

del 1° de abril de 1952 la supresión del Comité Administrativo del Hospital General de La Paz, encomendando las funciones del Comité al Ministerio de Higiene y Salubridad.

El primer centro creado y organizado para una atención específica de pacientes neoplásicos fue el “*Instituto Cupertino Arteaga*”, que abrió sus puertas en Sucre a la comunidad chuquisaqueña y nacional, brindando servicios de hospitalización y adecuado tratamiento. La iniciativa de su creación surgió del interés del Dr. Hernán Hirsch, médico semita que fuera contratado como profesor de Ginecología, sentando las bases académicas de esta especialidad y a la comprensión y apoyo al proyecto por parte del Rector de la Universidad Dr. Guillermo Francovich, del Decano de la Facultad de Medicina, Dr. Emilio Fernández y al apoyo económico que se logró del industrial minero Mauricio Hoshild. Una importante donación hecha por los familiares del Dr. José Cupertino Arteaga, eminente médico chuquisaqueño, cofundador del Instituto Médico Sucre, junto a Valentín Abecia y Manuel Cuéllar, fue decisoria para la culminación del proyecto. El Instituto de Cancerología Cupertino Arteaga, primer centro oncológico en el país, con la contribución de estas donaciones y el apoyo de la Universidad se construyó en el tercer patio del Hospital de Santa Bárbara, con los servicios indispensables para la época, de consultorios, salas de hospitalización y un adecuado equipamiento consistente en 420 mg de I13.33 y G.66 mg a más de células para carga de agujas de Radium, adoptando propiamente la escuela francesa del Instituto Curie.¹⁰⁸

HOSPITAL DE OJOS SAID

El Dr. Luis Landa Lyon, nombrado profesor de Oftalmología de la Facultad de Medicina de La Paz, por los años treinta se vio en la necesidad urgente de organizar su cátedra. Al respecto en su libro “*La Formación del Médico*” nos dice lo siguiente: “*Mi trabajo intelectual disperso y el material acumulado, necesitaba del local necesario para seguir la experiencia que requiere la investigación experimental y pensé en la construcción de un Hospital Oftalmológico*”.... La idea no fue nada bien recibida en los círculos sociales, profesionales y políticos. “*Si no tenemos hospitales en Bolivia, cómo es posible pensar en un Hospital de Ojos*”, decía y se preguntaba la gente.

Para llevar a cabo su proyecto, el Dr. Landa Lyon, que fue nuestro profesor de oftalmología, locuaz y ameno, excelente profesor y político (llegaría a ser Presidente del Partido Republicano Genuino) convincente, logró interesar al Club Rotary Interna-

¹⁰⁸ Rubén Pareja F., Director del Instituto. El Instituto Nacional Cupertino Arteaga. Crónica Aguda, Año 1, N° 1, 17, mayo 1988.

cional y a la Familia Said, para que se elaborara un proyecto. El Directorio del año 1935 del Rotary La Paz, hizo la presentación de la propuesta en cuya exposición de motivos se decía: *“que la moderna medicina pasó del periodo curativo de ayer al preventivo de hoy, hasta llegar a constituirse en institución social cuando llega a restituir el órgano afectado por la dolencia.... esta restitución sólo será posible en una clínica o un hospital apropiado a este”*.

El compromiso del Rotary La Paz fue plasmado en su finalidad de construir un Hospital de Ojos con los siguientes objetivos: *I. Curar enfermos. II. Examinar sanos para prevenir las enfermedades que silenciosamente acechan y cuando la ciencia se vea vencida. III. Se rehabilitará al ciego en escuelas especiales.* Curar, prevenir y rehabilitar al ciego fue su labor que Rotary La Paz se impuso. Estas funciones estaban basadas en la investigación científica y orientados preferentemente al aymara, originario del Departamento de La Paz.

En un periodo de franco apoyo de menos de ocho años mediante una intensa labor silenciosa se recaudaron varios millones (de los buenos) como contribución voluntaria y espontánea de sus socios Rotarios fueron todos: el que donó el terreno, el constructor que dirigió la obra, el contratista que se ocupó de las instalaciones y el acabado y cuantos más empujaron la obra hasta el final. Durante la Guerra del Chaco las acciones fueron interrumpidas por un tiempo, para atender el saldo trágico de 25 ciegos, inválidos de guerra, a quienes el Rotary se hizo cargo de su rehabilitación y en medio de *“un silencioso espacio de sus años”* cumplió con su labor.

Terminado este compromiso la comisión se concretó única y exclusivamente a la terminación de la obra del Hospital. En 1939 se hizo la entrega oficial al Gobierno, por el Rotary La Paz, del Hospital de Ojos Said, haciéndose cargo de su funcionamiento y mantenimiento el Ministerio de Higiene y Salubridad, especificando en la entrega *“que esta institución se dedicará íntegramente a la prevención de la ceguera como una de las obras básicas del Rotary La Paz en beneficio de la comunidad”*

Fue en este edificio que orgullosamente adornaba el barrio de Miraflores en la Saavedra a la altura del sector sur de la actual edificación del Hospital Militar, donde en el largo periodo de más de treinta años consecutivos se realizó una meritoria labor de investigación experimental y de la prevención de la ceguera, en la empresa que se había propuesto alcanzar el Rotary y que constituye la obra del Dr. Luis Landa Lyon.

En su libro de *“La Formación del Médico”* (Editorial Universo, La Paz, sin fecha de publicación, ni fechas indicativas en el texto), el Dr. Landa Lyon, en el capítulo

XXVI que titula “*Mi Obra*” nos da cuenta de su extensa y meritoria labor profesional haciendo una diferenciación de su trabajo en estos términos: “*Lo único que quiero es enunciar los trabajos ejecutados en mi cátedra en el órgano de la visión del aymara y como el ojo no es un órgano aislado de la economía, lógico fue que hubiese empezado por el estudio del mismo medio de su naturaleza y sus reacción frente a los fenómenos biológicos ya expuestos para contribuir al conocimiento de nuestra patología regional, cuyo estudio tanto he reclamado en todos los tonos*”

La obra de Landa Lyon se relaciona con las dos facetas del estudio del hombre en la altura, la primera contiene resultados de sus trabajos en relación a la biología de altura, y la segunda, relacionada con su especialidad llamada por él Oftalmología de Altitud, descubre la serie de patologías encontradas en sus trabajos, como propias de otras regiones de América, similares a los estudiados en el país. La mayoría de sus trabajos fueron publicados en el Boletín de Oftalmología de La Paz. El valor que se da a estos estudios, están contenidos en esta su declaración: “*Por suerte para la ciencia médica boliviana todos esos trabajos míos, todo lo pobre que se quieran fueron premiados por una serie de diplomas que engalanaban la secretaría del Hospital de mi creación. Diplomas todos que dejaron de ser míos. Son galardones que los conquistó el hospital y que pasan de veinte, a esos debemos sumar el último del famoso Instituto Barrague de Barcelona que me acaba de conferir la más alta distinción a la que puede llegar un humilde investigador sudamericano para ser honrado con el galardón de Miembro Honorario del Instituto Barrague de Barcelona*”.

ATENCIÓN A LA MADRE Y AL NIÑO

En el periodo una serie de disposiciones tienden a crear la infraestructura para la atención a las madres y niños, así en Oruro) D.S. Mayo de 1943) de Víctor Andrade, se crea el Departamento Materno-Infantil de Asistencia Médica, del que deberán formar parte los consultorios prenatales, ginecología y consultorio de niños, y con fecha 23 del mismo mes se crea el cargo de Médico de Examen de salud y Carnet Sanitario en Oruro. Por D.S: del 31 de julio de 1946, en el periodo ministerial de Germán Monroy Block se dispone la construcción de la Maternidad y Casa Cuna en Santa Cruz de la Sierra, complementándose dicha disposición con otra (D.S. del 19 de septiembre) que destina recursos para dichas construcciones, con igual propósito (D.S: 3 de octubre) se destina el local y recursos para la construcción de la Maternidad y Casa Cuna en Tarija. El Decreto Supremo 2203 (septiembre 1951) en el periodo ministerial del Dr. Félix Veintemillas declara de necesidad y utilidad pública la expropiación del inmueble destinado a la construcción de la Maternidad y Casa Cuna de Tarija.

INSTITUTO DE MATERNIDAD DR. PERCY BOLAND RODRÍGUEZ

En 1941 regresaba a su ciudad natal, Santa Cruz, el Dr. Percy Boland Rodríguez con los títulos de Médico Cirujano de la Universidad de La Plata, República Argentina y el de especialista en Ginecología y Obstetricia en la maternidad de la misma ciudad. Era el primer médico y el único especializado en Obstetricia y Ginecología en Santa Cruz. Con anterioridad, el año 1926, otro médico cruceño, el Dr. Félix Sánchez Peña había hecho sus estudios en medicina y cirugía en Santiago de Chile, dedicándose en el internado del hospital y una maternidad especialmente a la obstetricia. A poco de regresar a su tierra natal tuvo que trasladarse a la ciudad de La Paz, en busca de mayor “*clientela*” y al no conseguir un cargo para la especialidad de obstetricia, aceptó el ofrecimiento del Sr. Decano de la Facultad de Medicina para ocupar la cátedra de Oftalmología que estaba vacante, circunstancia que aprovechó para especializarse en esta disciplina y ejercer dicha cátedra como un “*profesor de verdad*”.

Hasta la llegada del Dr. Boland la práctica de la Obstetricia estaba a cargo del médico general o del de más edad que era el médico de familia en los pocos casos que eran solicitados para atender partos. En el Hospital San Juan de Dios se había inaugurado el año 1939 el Pabellón Zambrana que incluía una sala de maternidad, con 25 confortables camas que permanecían desocupadas. Era atendido por una matrona y no tenía médico. A principio de 1943 el Dr. Boland, tomó posesión del cargo de médico del pabellón en carácter ad honorem. Entonces en su apuntes a los que hacía referencia el Dr. Jorge Garrett en su *Historia de la Medicina en Santa Cruz* decía: “*No se conocía la atención prenatal y por así decir jamás una embarazada se hacía examinar durante la gestación. Las señoras más cuidadosas si tenían dinero llamaban a las matronas a sus domicilios para ser “sobadas”. La atención del parto se hacía pues en el domicilio, como felizmente la mayoría de ellos, sobretodo en nuestro medio, eran normales, ocurrían sin mayor contratiempo. En el caso de que la matrona o la partera se encontraba en un parto difícil “ después de que la infortunada mujer había soportado durante tres y a veces más días toda variada clase de tratamientos, por fin se decidía de llevarla al hospital. Este era el origen de la elevada mortalidad materna y de mortinato. La gente se resistía a ir al servicio de maternidad del hospital a tener sus partos porque decían que la mayoría de los que lo hacían morían. La verdad es que cuando las llevaban allá, solo les faltaba en realidad morir. Con amargura estaba viendo llegar casos en que literalmente ya nada se podía hacer. Muchas veces tenía el convencimiento de que si estas desdichadas madres hubiesen empezado su parto en el hospital, las anormalidades podrían haberse corregido fácilmente”*

Durante su estadía en la Argentina se había fortalecido científica y técnicamente y había constatado lo importante de separar la maternidad del hospital, así como el

establecer servicios periféricos de atención y control prenatal. A la prosecución de este gran objetivo se puso en campaña con la valiosa ayuda de su esposa, la Dra. María Haynes, abnegada y eficiente médico pediatra, argentina. Ambos con su natural desprendimiento, brindando generosa atención a madres y niños, ya sea en su consultorio o en el pabellón del hospital, pronto recibieron muestras de agradecimiento y confianza de su pueblo. De 1943 a 1954 se dedicó a seguir el curso de la propuesta de una ley para la creación de la maternidad, teniendo que ver con representantes del gobierno y las autoridades en los periodos gubernamentales del Cnel Peñaranda, de Gualberto Villarroel, de Enrique Hertzog y Urriolagoitia, de Hugo Ballivián y finalmente de Víctor Paz Estenssoro. Fue en este último peregrinar que gracias al interés y entusiasmo que puso en la ejecución del proyecto, el Sr. Ministro de Higiene y Salubridad, Dr. Julio Manuel Aramayo, con quien eran grandes amigos y de la misma especialidad, que se puso punto final a la promulgación de la Ley de Construcción de la Maternidad, habiéndose también conseguido de parte del Gobierno Argentino del Juan Domingo Perón la donación del mobiliario y un moderno equipamiento, siendo esta la razón por la que se inauguró la maternidad el 31 de octubre de 1954, con el nombre de Instituto de Maternidad Eva Perón.

Durante este periodo de intensa batalla a los niveles gubernamentales con penosos contratiempos, El Dr. Boland no desatendió sus labores profesionales en las que fue adquiriendo prestigio y reconocimiento de la población bien ganados. Los años que duró el proceso de aprobación de la ley, construcción de la maternidad y su equipamiento, trabajó en el pabellón del hospital prácticamente solo y el mayor tiempo ad honorem, promoviendo entre el personal de servicio y auxiliar el mejoramiento de la atención a las parturientas, sobre todo desde el punto de vista humano; interesó al cuerpo médico sobre el grave problema de la mortalidad materna e infantil y la forma de combatirla desde varios puntos de vista, de lo que fue pionero en Santa Cruz. Por entonces el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (CISP) estaba iniciando su gran Plan de Trabajo para la creación de la Salud Pública en Bolivia y en 1947 le otorgó una beca de postgrado que le permitió actualizar sus conocimientos de obstetricia y ginecología en Boston y efectuar el curso completo de Salud Pública en la Universidad de Harvard de dicha ciudad.

La maternidad inaugurada empezó a funcionar con sus dos pabellones para internadas, tres salas de parto, dos quirófanos, consulta externa amplia con tres piezas para atención de pacientes, esterilización, ropería, dirección y servicios generales, bajo la dirección del Dr. Boland, quien también se hizo cargo de un pabellón de internados y con los servicios del Dr. Z. Carlos Orías Carvajal que se hizo cargo del segundo pabellón. Poco a poco se fueron incorporando desde el año 1958 al 1963 médicos especialistas de primera jerarquía y el personal de enfermeras obstetras que recién se estaban formando y que iban a suplir a las tradicionales matronales que todavía

quedaban, las primeras 60 camas, incrementadas a 68 en 1960, a 94 en 1969 y a 104 en 1974 en el transcurso de los años no alcanzaron a cubrir las necesidades que eran cada vez mayores y la atención en todos sus aspectos sufrió deficiencias, no se debía solamente a la publicidad y la propaganda, sino que se había conseguido desterrar en parte el miedo y temor que tenían las mujeres a la atención médica para la atención del parto, pero sobre todo, a que en muy poco tiempo en Santa Cruz, se presentó un fenómeno demográfico que duplicó la población en un tiempo menor que el previsto.

El Dr. Boland con el mismo entusiasmo y entereza que en los comienzos, continuó trabajando para solucionar los problemas críticos que se presentaban por falta de capacidad para atender cada vez más mujeres, haciendo gestiones para la inversión de los fondos propios, cuyos ahorros eran considerables y consiguiendo menos impuestos para mayores ampliaciones por medio del Comité Departamental de Obras Públicas.

En 1979 a solicitud del Dr. Jorge Urenda, Director de la Unidad sanitaria de Santa Cruz, y ante el clamor de la opinión pública y las solicitudes de las instituciones cívicas, sindicales, políticas y sociales para cambiar el nombre del Instituto Eva Perón, por el de su creador y fundador el Dr. Percy Boland. El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, con la resolución Ministerial 0374 del 26 de abril de 1979, dio curso favorable a este petitorio. La resolución reconocía los eminentes servicios prestados en el campo de la salud pública y especialmente en la atención de la salud materna; su gran sensibilidad social, capacidad, sacrificio y total renunciamiento a retribuciones materiales, así el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública hacia el reconocimiento del Dr. Percy Boland *“como un profesional que honra, dignifica y constituye ejemplo para el ejercicio de la medicina en Bolivia”*. Ese mismo año 1979, el Dr. Boland, a quien le gustaba bromear, diciéndonos que era Director vitalicio de la Maternidad, se acogió a la jubilación cumpliendo una brillante carrera profesional y contribuyendo como nadie o muy pocos al desarrollo de la Salud Pública en Bolivia.

LAS ACCIONES DE PREVISION SOCIAL

En materia de Previsión Social una serie de decretos y resoluciones se ocupan del trabajador en su ambiente de trabajo y de la protección a la familia, dándose los primeros pasos para la institucionalización del Seguro Social, que se ha de producir más adelante. En el Gobierno del General Peñaranda, durante el periodo de Arturo Pinto Escalier se da el primer Decreto Supremo, de 6 de enero de 1943, que señala las localidades donde deben concentrarse los menores y huérfanos de guerra. El Decreto del 15 de 1943 del Dr. Víctor Andrade en el Gobierno de Villarroel, determina

que la administración de la Caja de Seguro y Ahorro Obrero creada en 1924, será ejercida por un Consejo Directivo, estableciendo su composición con representantes del gobierno, de los empresarios, mineros, grandes, medianos y pequeños representantes de los empresarios fabriles y representantes obreros; en el mismo periodo de Villarroel, en la gestión ministerial de Remberto Capriles se promulgan tres decretos: el del 2 de septiembre de 1944 modifica el régimen de superior dirección y administración del Patronato Nacional de Menores y Huérfanos de Guerra, denominándose a partir de esta fecha simplemente como Patronato Nacional de Menores; el otro decreto es del 17 de octubre que dispone la construcción en La Paz, Oruro, Potosí, Uyuni, Uncía y Tupiza de Albergues Obreros con administración de la Caja Social de Ahorro Obrero y por Ley del 31 de diciembre se ordena la construcción de un Albergue o Retiro de Mineros en la ciudad de Corocoro. En el tiempo de Germán Monroy Block como Ministro, por el Decreto del 5 de abril de 1944 se crea el Departamento de Seguridad e Higiene Industrial para la atención de los problemas que determinan los altos índices de morbilidad y mortalidad de la clase trabajadora en todo el país, en el mismo año, en noviembre, se autoriza a la Caja de Seguro y Ahorro Obrero (Sección Fabril) la contratación de un empréstito para la construcción del Hospital Obrero en La Paz y la Ley del 16 de noviembre asignando fondos para el dispensario Materno Infantil "*María Barzola*" de la ciudad de Oruro.

El Decreto del 21 de septiembre de 1944 crea el Patronato Nacional de No Videntes y Sordomudos dependiente de este Ministerio. Por Decreto Supremo del 30 de abril de 1944 se encomendó a los Ministros de Trabajo y Salubridad, Agricultura, Hacienda y Economía, el estudio y ejecución de una Plan para mejorar la alimentación del pueblo boliviano. El 1° de mayo de 1946 se crea la Dirección del Departamento ya creado anteriormente de Higiene Industrial, dependiente del Ministerio de Salubridad para que se encargue de la vigilancia y control de la sanidad e higiene de la población y la clase trabajadora del país, de acuerdo a las conclusiones de la Comisión de Estudios, convenio suscrito entre el Gobierno de Bolivia y el Instituto de Asuntos Interamericanos. El 19 de junio del mismo año se aprueba el Convenio Sanitario Internacional suscrito por Germán Monroy Block, en Arica, el 26 de mayo con los Ministros de Salud correspondientes a las Repúblicas de Chile y el Perú para mejorar las condiciones sanitarias de sus respectivos territorios.

En el mes de octubre del año 1947, estando de Ministro el Dr. Melchor Pinto Parada, se dicta el Decreto (21 de octubre) que determina la obligación de las empresas para prestar atención médica a los trabajadores, haciendo extensión dichos servicios a los cónyuges, hijos menores, padres e hijos menores que viven a sus expensas; en el mismo periodo ministerial se dispone la concesión de camas gratuitas (20 de noviembre) y por Decreto del 21 del mismo mes se dispuso la adquisición del Hospital san José en la ciudad de Oruro por la Caja del Seguro y Ahorro Obrero, para el

servicio de los trabajadores mineros de San José y otros obreros que aportan a la institución. El Decreto del 16 de febrero de 1947, determinó la jubilación de profesionales en medicina que trabajan en los servicios ferroviarios acogiéndose a las regulaciones de la Caja Social de Ferroviarios, Tranviarios y Trabajadores de Ramas Anexas.

En el Gobierno de Mamerto Urriolagoitia, estando como Ministro el Dr. Félix Veintemillas, el 15 de noviembre de 1950 se dio lugar a la Ley N° 322 que puso en ejercicio como Ley de la República el Seguro de Riesgos Profesionales, elaborado por la Caja de Seguridad Social en 105 artículos de que consta, en cuyo texto se integra la lista valorativa de las pensiones que dan lugar a incapacidad permanente parcial. En el Gobierno de Hugo Ballivián, estando de Ministro el Dr. Valentín Gómez se da curso al Decreto Supremo N° 2989 (4 de enero de 1952) relativo a la obligación de las empresas de disponer el reconocimiento médico de contratación, determinando de modo contingente que dicha certificación acredite el estado de salud del trabajador.

En el Gobierno de Enrique Peñaranda, estando de Ministro Abelardo Ibáñez Benavente, el gobierno en atención a las recomendaciones del Primer Congreso Interamericano Indigenista, celebrado en México, dictó el Decreto del 10 de mayo, creando el Departamento de Asuntos Indígenas dependiente del Ministerio de Educación, conformado por tres secciones: Jurídica, Social y Económica y Agraria. A la Sección social se le asignó la responsabilidad del estado sanitario, denuncia de enfermedades endémicas, organización de festividades campesinas, organizar congresos campesinos indígenas regionales impulsar el deporte, estudiar el problema educativo, crear centros de alfabetización de adultos y facilitar la promoción a otros niveles superiores de educación a los estudiantes más capacitados. Para lograr estos múltiples alcances se estableció la coordinación de los Ministerios de Salubridad, Educación, Economía, Hacienda, Fomento y Comunicación y los Departamentos de Educación Física y el Comité Nacional de Deportes. Esta cita que hace Rolando Costa Arduz¹⁰⁹ con el objeto de mostrar la dispersión que tenía en esa época la organización de servicios de salud, nos demuestra por otra parte las intenciones del gobierno de solucionar la problemática del campesinado desde esas épocas, actualmente en discusión en las mesas de diálogos ejercidas por la actual crisis social de la Confederación Unica de Campesinos de Bolivia y el Gobierno.

EL CODIGO DE SEGURIDAD SOCIAL

En la gestión de gobierno de Hernán Siles Suazo los intentos y propuestas en relación a los derechos del trabajador y su protección y seguridad social y laboral, se

¹⁰⁹ Rolando Costa Arduz. Historia del Ministerio de Salud. La Paz. Junio 2000

cristaliza en la preparación de un código elaborado por una comisión a cargo del Ministerio de Trabajo.

En materia de seguridad social se habían llevado a cabo determinadas disposiciones provenientes de los diferentes gobiernos, como de los mismos trabajadores, que constituyen el periodo pre código de la seguridad social boliviana, según el Dr. Juan Carlos Capra Jemio¹¹⁰. Estos dispositivos son los siguientes: Ley del 11 de diciembre de 1921 que establece un régimen de retiro de los trabajadores de la enseñanza, en este mismo año se crea la Caja de jubilación, pensiones y montepíos para el ramo judicial. Ley del 25 de enero de 1924 que crea el Ahorro Obrero obligatorio. Ley de jubilaciones bancarias del 7 de diciembre de 1926. Ley General del Trabajo del 2 de diciembre de 1942 que establece el Seguro Social Obligatorio contra accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Decreto Ley del 11 de octubre de 1951 en que se establece el Seguro Social Obligatorio, fundamentándose en el principio de responsabilidad social y en la tesis laboral del seguro. Mediante Decreto Supremo N° 2789 también del 11 de octubre de 1951 se encomienda a la Caja Nacional de Seguridad Social el Seguro Obligatorio debiendo iniciarse el 1° de noviembre de ese año en el departamento de La Paz y extenderse en los otros departamentos del país a medida que esa institución estudie y prepare la forma de cotización y las prestaciones que el seguro social reconoce.

El código de seguridad surgió como resultado de los trabajos realizados por una serie de comisiones técnicas que llegaron a Bolivia a partir de 1940, entre ellas citamos como la más importante la encabezada por Louis Battista y Carlos Marti Buffil, de cuyo trabajo surgió el Código de Seguridad conjuntamente con técnicos bolivianos.¹¹¹ El año 1955 el actuario suizo Louis de Battista, enviado por la Organización Internacional de Seguridad Social (OISS) en colaboración de profesionales bolivianos redactó el proyecto de Código de Seguridad Social. Los profesionales que participaron en la elaboración del Código fueron los siguientes: Luis Bedregal R. y Pastor Fuentes actuarios; Armando Soriano B, Julio Mantilla, Ramiro Bedregal, Marcelo Céspedes y Oscar Vargas del Carpio, abogados; Armando Dávila, Javier Prada M, Adalid Carrasco Vera, Javier Torres Goitia, Jacobo Abularach y Francisco J. Urioste médicos¹¹².

El 14 de diciembre de 1956 se promulgó el Código de Seguridad Social y el 30 de septiembre mediante Decreto Supremo fue reglamentado. Esta Ley de la república

¹¹⁰ Juan Carlos Capra Jemio. Módulo Evolución, evaluación y perspectivas de la Seguridad Social en Bolivia. La Paz, mayo 1998.

¹¹¹ Juan Carlos Capra. Obra citada.

¹¹² Francisco J. Urioste. Apuntes de la Seguridad Social Boliviana. Historia y perspectivas de la seguridad social boliviana. Historia y perspectivas de la Salud Pública en Bolivia, La Paz 1989.

está basada en los principios fundamentales de las Instituciones de Seguridad Social, solidaridad social, universalidad, unidad de gestión, economía y oportunidad. Los fines y objetivos de la seguridad social están expresados en el artículo 1° que dice: *“tienden a proteger la salud del capital humano del país, la continuidad de los medios de subsistencia, la aplicación de medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas inutilizadas y la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar”*.

El Código establece las entidades o instituciones que tendrán a su cargo la administración de los beneficios o prestaciones de seguridad social, así se definía que los entes gestores son: Caja Nacional de Seguridad Social, Caja de Seguro Social de los Trabajadores Ferroviarios, aéreos y ramas anexas. Caja de Seguro Social Militar. Se establece además la estructura orgánica, la misma que presenta los siguientes niveles de gestión: a) Consejo de administración, b) Consejo Ejecutivo, c) Gerencia general y Gerencia técnica y d) administraciones regionales. Todas las prestaciones tanto del seguro social obligatorio como de asignaciones familiares correspondían al poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social a quien correspondían las funciones de iniciación, orientación, supervisión y coordinación a través de la Dirección Nacional de Seguridad Social.

El campo de aplicación y cobertura, de acuerdo al artículo 6° del Código corresponde *“a todas las personas nacionales o extranjeras de ambos sexos que trabajen en el territorio de la República y presten servicios remunerables”*, se hacía exclusión a la sujeción del código a los que ejercen trabajos ocasionales extraños a la actividad ordinaria del empleador, siempre que su duración no exceda de 15 días; las personas afiliadas a una institución oficial extranjera, para fines de los seguros de invalidez, vejez y muerte; las personas extranjeras empleadas por las agencias diplomáticas, consulares o internacionales con sede en Bolivia y personas que ejecuten trabajos remunerados en moneda extranjera hasta una cuantía determinada por el reglamento; tampoco se tomaba en cuenta a los artesanos, trabajadores independientes campesinos y desocupados.

La cobertura de la Seguridad Social se inicia en 1956 con la población que hasta ese entonces se encontraba afiliada al Ahorro Obrero Obligatorio y a la Caja de Seguro Social de Trabajadores Ferroviarios, Aéreos y ramas anexas. La población protegida entonces es de 425,027 habitantes que significaba una cobertura de la seguridad social del 13,54%.

En relación al financiamiento, el régimen establecido por el Código y su reglamento se basaba en el principio de la economía, determinándose que los seguros a largo plazo (invalidez, vejez y muerte) se apliquen al sistema de reparto con capitaliza-

ción colectiva y con prima escalonada. Las cotizaciones variaban para los asegurados activos y pasivos. La imposición para las aseguradoras activas eran de 2,5% para los seguros de enfermedad y maternidad, 5% para los seguros de invalidez, vejez y muerte a calcularse sobre el monto total de sus salarios, sin limitación alguna. Los trabajadores pasivos tenían derecho a los seguros y maternidad aportando el 5% sobre renta percibida. Los empleadores contribuían con el 21% sobre el total de los salarios, sin límite y además aportaban un 13% para asignaciones familiares sobre el total de salarios sin límite. Por lo tanto, las aportaciones a la Seguridad Social llegaban a un monto porcentual del 46,5% de la masa salarial total solamente de las cotizaciones patronales del 34% y las del sector laboral activo y pasivo del 12%. Pero como la base financiera de la Seguridad Social, basada en la tesis laboral precisaba además el aporte del Estado para la conformación conjuntamente con el aporte laboral y el patronal del tripartismo, se lo reglamentó en la siguiente forma: 1% del monto de salarios en el primer año; 1,5% para el segundo año; y así en permanente ascenso hasta llegar al 5% desde el 6° año del Código adelante.

Los gastos de administración estaban reglamentados en la siguiente forma: 12% para el seguro social obligatorio y 8% para asignaciones familiares. El Código contempla además las inversiones de las reservas, estableciéndose el 60% para construcciones y provisión de equipos para los establecimientos asistenciales de los seguros de enfermedad y maternidad, 10% para la implantación de industrias de carácter social, ambas consideradas como préstamo a un interés del 5% y por un plazo no mayor de 15 años, además se permitía la inversión del 20% en bienes raíces o valores garantizados por el Estado debiendo procurar una renta no menor del 8% anual y 10% para préstamos individuales con un interés del 8% anual y autorizables en un plazo máximo de 15 años.

Para 1959 al ponerse en vigencia el Reglamento del Código Sanitario en los cuatro factores señalados anteriormente las características son las siguientes: administración de gestión, a las tres entidades gestoras se añaden dos más: Caja de Seguro Social Bancaria y ramas afines, Caja de Seguro Social de Trabajadores Petroleros.

En el campo de aplicación y cobertura el reglamento añade un anexo denominado Código de Actividad Económica. En el financiamiento, se observa que el sistema se mantiene como la obligación tripartita del Estado empleador y trabajador, el reglamento establece las medidas de control y las sanciones a los infractores a través de la contraloría y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y la Corte Nacional del Trabajo.

Para las prestaciones de servicios de salud, de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales a corto plazo entre 1949 y 1950, se construyó el Policlínico Manko

Kápac, en la ciudad de La Paz, el que comenzó a funcionar en 1951, siendo su primer Director el Dr. Benjamín Aramayo Oblitas y Jefe del Servicio de Neumología. En 1949, la Caja Nacional de Seguridad Social firmó un convenio con la firma alemana Siemens para el diseño de 3 hospitales, de 200 camas en La Paz, 100 camas en Oruro y 100 camas en Potosí, dando preferencia a las zonas mineras. En 1950, la Caja Nacional compró un terreno en la zona de Orckojuhuira (Villa Copacabana) para la construcción de un hospital de broncopulmonares, donde se edificó el actual Hospital Luis Uría de la Oliva, en la casa de hacienda. En 1950, comenzó a construirse el Policlínico “9 de Abril”, en la Avenida 6 de Agosto de la ciudad de La Paz. El primer hospital que se construyó por la Caja para el servicio de los asegurados fue el Hospital Obrero de La Paz, posteriormente en 1977 se inauguró el Hospital Obrero de Potosí y el de Oruro en 1980.

EL HOSPITAL OBRERO VÍCTOR PAZ ESTENSSORO

El Dr. Claudio Calderón Mendoza estando como Director del Hospital del Banco Central en 1936, asumió la Jefatura Médica de la Caja de Seguro y Ahorro Obrero que recién se había creado, como el primer organismo de la Seguridad Social en el país, y que durante sus 15 años de vigencia bajo la jefatura médica del Dr. Calderón Mendoza, sirvió de base para la creación del Seguro Social Obligatorio, instituido por el D.S. del año 1951, durante el Gobierno Provisional de Hugo Ballivián y dio paso a sus sugerencias de construir un hospital quirúrgico, traumatológico, esencialmente para la atención de los accidentes del trabajo. Fue así como originalmente es concebido el Actual Hospital Obrero por su creador e iniciador que en justicia es el Dr. Claudio Calderón, en cuya elaboración del plan general y los proyectos de construcción y equipamiento intervino personalmente, viajando hasta Alemania para la firma de contratos y selección de equipos y materiales. El Dr. Santiago Medeiros nos refiere que al regreso del viaje *“en procura de los enseres necesarios para el funcionamiento de la obra que se había concluido en levantar el edificio, el Dr. Claudio Calderón se encontró desplazado de sus funciones por la nueva institución del Seguro Social”*¹¹³, un suceso de incalificable ingratitud que lo alejó definitivamente del quehacer médico y le privó de dar término a la obra a la que había dedicado sus desvelos”

El año 1955 se inauguró en la ciudad de La Paz el Hospital Obrero, culminando así los once años que demandaron su construcción y equipamiento Para el Dr. Santiago Medeiros, al inaugurar el hospital con algunas modificaciones y ampliaciones *“el partido gobernante se apropió de la obra presentándola como suya, cuando en realidad había sido recibida concluida y con la dotación material en aduana o embarcada en tránsito hacia el país. Pero ni entonces ni ahora nadie se ocupó de*

¹¹³ Santiago Medeiros. Dr. Claudio Calderón Mendoza. Crónica Aguda. Año 1, N° 17. 1988.

*hacer justicia al promotor de tan importante realización dándole al Hospital la denominación que le corresponde: **Claudio Calderón Mendoza***". En el ingreso al Hospital Obrero, actualmente en la placa conmemorativa de su fundación se lee: "*Hospital Obrero Víctor Paz Estenssoro Fecha de inauguración 9 de Abril de 1955, Presidente del Directorio de la CNSS, Germán Butrón Márquez y entre los varios nombres del Directorio; Armando Dávila Michel, Jefe de la División Médica y Jacobo Abularach, Director del Hospital*".

LA MATERNIDAD 18 DE MAYO

Esta Maternidad fue uno de los primeros servicios de prestaciones para la población asegurada que se puso en práctica poco después de promulgarse el Código de Seguridad Social. Fue inaugurada en 1952 por en entonces Gerente General e la Caja, Dr. Alberto Albarracín, siendo el primer Director el Dr. Héctor Ponce de Leon. Inició sus funciones de internamiento y de atención domiciliaria de atención del parto, en un local alquilado, contiguo a la Facultad de Medicina, en la Avenida Saavedra. Desde el año 1954 pasó a prestar servicios en su nuevo local construido especialmente, situado en la Avenida República esquina Quintanilla Suazo. Desde su inicio tuvieron que enfrentarse problemas de organización y funcionamiento como Maternidad y a la vez como Policonsultorio, observándose falta de sistematización del trabajo de la atención médica y de los otros profesionales, carencia de personal debidamente capacitado y especializado, ambientes físicos inadecuados y limitaciones en el uso de equipos e instrumental, dado deficientes servicios, falta de buen trato y cortesía del personal con los pacientes y sus familiares y continuas quejas y desconfianza en relación al servicio por parte de la población. Bajo la Dirección del Dr. Carlos Arze Murillo la Maternidad de la Caja a partir de 1977 experimentó progresivamente visible mejoramiento de la atención al implantarse la admisión a la maternidad de las que habían seguido el control prenatal en los policonsultorios respectivos.

EL SERVICIO COOPERATIVO INTERAMERICANO DE SALUD PUBLICA (S.C.I.S.P.)

Dentro del marco del convenio de cooperación existente entre el Gobierno de Bolivia y el Instituto de Asuntos Interamericanos del Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, estando de Ministro Arturo Pinto Escalier, se dictó el Decreto Supremo del 2 de octubre de 1942, que crea como dependencia del Ministerio de Higiene y Salubridad una sección técnica especial denominada Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Publica (S.C.I.S.P.). De inmediato visitó Bolivia la misión americana conformada por los doctores George C. Dunhan, Eugene H. Payne y O.R. Carey; ingenieros sanitarios Homard H. Pratt y Anthony Kranaskas,; Administrado-

res Yates y Harris. Esta comisión realizó varios viajes a las diferentes regiones del país para confrontar en el terreno los principales problemas de salud¹¹⁴.

Siendo Ministro el Dr. Juan Manuel Balcázar, el Decreto Supremo del 18 de marzo de 1943 estableció que *“en cumplimiento del convenio con el Instituto Interamericano del Gobierno de Estados Unidos se crea una sección técnica con destino a facilitar las operaciones del S.C.I.S.P. sosteniendo la responsabilidad del Dr. Eugene H. Payne en calidad de Director, debiendo sostener permanentemente la información al Ministerio respecto a los trabajos en ejecución y en proyecto”*.

Como resultado de la evaluación de la situación sanitaria en el país de la misión especializada norteamericana, según el trabajo del Dr. Carlos Ferrufino *“se decidió emprender dos grandes tareas: 1) preparar un plan de actividades básicas de medicina preventiva, para cuya ejecución era indispensable adiestrar de inmediato personal boliviano joven en las universidades extranjeras y también en cursos rápidos que se organizaran en Bolivia. 2) En vista de que la realización del punto 1) tomaría tiempo, se resolvió iniciar de inmediato la atención médica en el Beni y Pando, donde muchas poblaciones carentes de toda atención médica trabajaban en las plantaciones de goma”*.

El Plan de trabajo presentado para un periodo de 18 meses a partir de marzo de 1943, sobre la base de un millón de dólares como aporte del S.C.I.S.P. y un 20% más o menos por el estado, aprobado por el Ministro Juan Manuel Balcázar contemplaba la ejecución de las siguientes acciones¹¹⁵:

1. Catastro torácico con dos carros ambulantes, preferentemente en los centros mineros.
2. Estudios epidemiológicos de Peste Bubónica, dirección técnica si así conviene.
3. Construcción, dirección y administración de la Escuela de Enfermeras de La Paz, Dirección de la escuela de Enfermeras de Cochabamba
4. Estudio preliminar de aguas potables en todo el país.
5. Estadísticas sanitarias a cargo del S.C.I.S.P.
6. Centros departamentales de Salud Pública en las capitales de departamento y en las más importantes provincias.
7. Centros de salud en el oriente y el noroeste.
8. Propaganda sanitaria en general (educación sanitaria).

¹¹⁴ Carlos Ferrufino Burgoa. El Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Cuna De la Salud Pública en Bolivia. Archivos Bolivianos de la Historia de la Medicina. Vol 3. N°3. 1997

¹¹⁵ Juan Manuel Balcázar. Epidemiología Boliviana. La Paz. 1946.

Este Plan según Balcázar fue modificado debido a restricciones presupuestarias.

Las primeras acciones del *S.C.I.S.P.* se iniciaron en las poblaciones orientales, en las que no se habían establecido servicios básicos de salud. Con la cooperación de las autoridades locales y el personal boliviano disponible y la ayuda económica adicional de la Rubber Development (Compañía Americana del rescate de goma) se equiparon algunas lanchas sanitarias que surcando los ríos prestaban atención médica a las poblaciones ribereñas; en Guayaramerín y Riberalta donde la enfermedad predominante era la Malaria, se procedió a desecar chacras y pantanos dentro de los matorrales circundantes, se procedió a fumigar con DDT las viviendas, a la vez que se proporcionaban los medicamentos respectivos. Poco a poco, se fueron instalando establecimientos de salud transitorios en Magdalena, Santa Ana, Trinidad, Todos Santos, Fortaleza de Abuná, Cafetal, La Esperanza, Puerto Ustarez, y la Conquista. En una segunda fase se construyeron los primeros hospitales de tipo tropical, centro de salud hospitales, con funciones preventivas y de internamiento de enfermos en las localidades de Guayaramerín y Riberalta, y de San Ignacio de Moxos, para cuya construcción se tuvo que instalar un aserradero, y la asignación de fondos según Decreto del 21 de diciembre de 1946. Los modernos centros de salud Hospitales de Guayaramerín y Riberalta bien equipados posteriormente fueron entregados a la congregación religiosa de los Maryknol.

Para la instalación de las oficinas técnicas y administrativas y de los nuevos programas preventivos, era necesario contar con una infraestructura adecuada a dichas necesidades, para lo cual, la Resolución Suprema del 10 de junio de 1943 exonera al *S.C.I.S.P.* “*del pago de impuestos de transferencia, papel sellado y timbres con motivo del contrato de compra y venta del lote de terreno y edificación inconclusa situada en la Plaza Roma (Casa de Italia)*” que corresponde al sitio de la Plaza del Estudiante donde actualmente se encuentra el Ministerio. El edificio que fue construido rápidamente no ha sufrido variaciones en su estructura exterior, salvo la cancelación de una puerta de ingreso a los consultorios médicos de la atención al niño sano y el prenatal, que estaba a la izquierda del ingreso principal; las instalaciones fueron ocupadas por el Ministerio de Higiene y Salubridad y las oficinas del *S.C.I.S.P.* Como primer paso los pediatras bolivianos y las enfermeras norteamericanas especializadas en salud pública, iniciaron la atención de los programas: se inauguró la “*Clinica de niños sanos*” denominación que la comunidad boliviana escuchó por primera vez porque hasta entonces las madres llevaban al médico a sus niños solo en caso de enfermedad, a continuación se abrió la “*Clinica Prenatal*” que fue otra novedad, porque hasta entonces las madres acudían al médico o a la partera únicamente en el momento del parto; en estas clínicas, nacieron también los “*Club de Madres*”, atendieron estos primeros programas preventivos materno-infantil los pediatras Carlos Ferrufino Burgoa, Cecilio Abela Deza, Carlos Daza, Luis Gallardo

Alarcón entre otros y las enfermeras consultoras americanas Rosina Romero, Martha Gant, Cruz de Bair, Charlotte Thompson y Herlinda Castro, enfermeras bolivianas: Ema Rodríguez, Soledad Montaña, Delicia Aramayo, Adela Aguilar, Delina Abecia, Ethel Pictor y Rebeca Zelaya.

En el transcurso de la primera década, ocuparon el cargo de Director del *S.C.I.S.P.* los Dres. Eugene H. Payne, George Bergman, John L. Hanlon y Antony Donovan; los ingenieros Alfred Williamson y Paul S. Fox, los administradores Charles Pool y Peter S. Jones. Por parte de Bolivia como Jefes de la División Médica los Dres. Francisco Tórres Bracamonte, Jaime Ramírez Achá, Carlos Ferrufino Burgoa¹¹⁶ y Antonio Braun Lema y los abogados Yecid Aliaga Loayza y René Otero. Los objetivos centrales del *S.C.I.S.P.*, fueron:

1. Promover y organizar servicios de salud de carácter preventivo.
2. Adiestrar y capacitar personal boliviano para los diferentes campos de la salud pública
3. Logrados los puntos anteriores, integrar progresivamente todos los servicios del *S.C.I.S.P.* al Ministerio de Higiene y Salubridad.

La estructura organizativa del *S.C.I.S.P.* estaba conformada por cuatro divisiones: a) la División Médica b) División de Planificación y Evaluación de Programas c) División de Ingeniería y d) División Administrativa. Con excepción de la División de Ingeniería que tenía como jefe a un ingeniero americano, las restantes tres divisiones siempre estuvieron a cargo de especialistas bolivianos, quienes recibían asesoría ocasionalmente de expertos americanos.

Las acciones preventivas desarrolladas en el modelo de La Paz con la atención al niño sano y la atención prenatal, con la adición de educación sanitaria y saneamiento básico, se incorporaron paulatinamente a los Centros de Salud Hospitales, creados en las provincias y a los servicios de las capitales de departamentos del Ministerio, a la vez que se producía la incorporación paulatina de los profesionales bolivianos que habían terminado su adiestramiento en el exterior del país, entonces el *S.C.I.S.P.* se abocó a la creación de los “*Centros de Salud*”. Los Centros de Salud constituyeron las unidades locales de salud con acciones integrales, especialmente

¹¹⁶ El Dr. Carlos Ferrufino Burgoa, titulado de la Universidad de Chile es el primer médico boliviano que obtuvo el título de Master en Salud Pública en la Universidad de Harvard, Boston. Fue Director del centro de Salud La Paz, al iniciarse después de su especialidad, ascendiendo a Jefe de la División Médica del *S.C.I.S.P.* y haciendo una larga y meritoria carrera profesional como oficial médico en UNRRA y Consultor Jefe del Programa Materno Infantil de la OMS y posteriormente de la OPS/OMS donde se jubiló. La mayor parte de las referencias de este capítulo corresponden a su artículo el *S.C.I.S.P.*, cuna de la salud pública en Bolivia.

preventivas y promocionales que cobraron extraordinaria importancia en las décadas de los cuarenta y sesenta en la América Latina y que en Bolivia, permitieron la conformación de la organización sanitaria, sobre todo departamental que hasta entonces solo contaba con los hospitales como único recurso y exclusivamente dedicado a la recuperación de enfermos en las capitales de departamentos. A lo largo de los diez primeros años se establecieron en forma sucesiva trece centros de salud en las siguientes ciudades: La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, Trinidad, Villa Victoria (La Paz), Tarija, Sorata, Magdalena, San Ignacio de Moxos, San Ignacio de Velasco, Cobija, Reyes y Rurrebanaque.

Los Centros de Salud La Paz, Cochabamba y Santa Cruz fueron los más completos y brindaban una eficiente atención en los siguientes servicios: Higiene Infantil, Higiene Pre y Postnatal, Salud escolar, Ortopedia Infantil, Servicio Broncopulmonar, Servicio Dental, Servicio Antivenéreo, Inmunizaciones. En el siguiente cuadro se presentan las atenciones del *S.C.I.S.P.* en un decenio en los 13 Centros de Salud que se fueron creando, a excepción del Servicio Broncopulmonar que sólo se daba en La Paz y Cochabamba, Los datos corresponden al trabajo del Dr. Ferrufino. Las inmunizaciones contra las enfermedades transmisibles constituyeron una de las labores más significativas del *S.C.I.S.P.*, su ejecución estuvo a cargo de todos los centros de salud y unidades móviles que se habían ido creando Más de 500.000 inmunizaciones se suministraron para prevenir la Viruela, Tifoidea, Difteria., Tétanos, Coqueluche, Tifus Exantemático, Rabia, BCG y Fiebre Amarilla.

Cuadro N° 1. Atención del *S.C.I.S.P.* en Bolivia. 1943-1953.

En los Centros de Salud.

Higiene Escolar	Clínicas Niño Sano y Niño Enfermo	254.300
Higiene Escolar	Preescolares y escolar	625.528
Higiene Pre y Postnatal	En ambas clínicas	58.742
Ortopedia Infantil	Sólo en las clínicas con especialidades	3.968
Servicio Broncopulmonar	Exámenes médicos	88.514
	Radiografías	61.526
	Tuberculina	47.124
	Casos nuevos de TBC	2.090
Servicio Dental	Preescolar	35.461
	Escolar	
	Adulto	
Servicio Antivenéreo	Sífilis 81%	239.191
	Blenorragia 19%	
Inmunizaciones	Enfermedades Transmisibles	500.000

El Centro de Salud La Paz situado en la zona popular de la Garita de Lima, Plaza 14 de septiembre, por mucho tiempo fue modelo de este tipo de establecimiento, con todos los servicios preventivos, medios de diagnóstico, administración, bioestadística, educación para la salud y atención médica de urgencia. Se fue conformando en un centro de capacitación en servicio y de orientación de la naciente salud pública por donde debían pasar los profesionales de la salud que aspiraban ocupar cargos departamentales o nacionales en la administración sanitaria, hasta que uno de sus directores, inclinado a la ginecología y obstetricia, distorsionó su misión, convirtiéndolo en servicio de maternidad para una población que estaba a media hora de desplazamiento de las maternidades del Hospital General y del Hospital Juan XXIII.

LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. ORGANISMO REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OPS/O.M.S.

En Colombia del 4 al 18 de septiembre de 1938 se celebró en Bogotá la X Conferencia Sanitaria Panamericana, en Brasil del 7 al 18 de septiembre se celebró en Río de Janeiro la XI Conferencia en la que Cummmig fue reelegido Director de la Oficina por quinta vez. Hasta la X Conferencia para ocupar los puestos de la Junta Directiva se elegían a determinadas personas, Cumming señaló que para evitar dificultades cuando formaban parte de la Junta, personas que habían dejado de tener categoría oficial en sus respectivos países debían elegirse a países para que estos designaran sus miembros en la Junta. La Conferencia aprobó la propuesta y eligió siete países, cada uno de los cuales debía nombrar a su representante para la Junta. El 22 de julio de 1946, los representantes de 61 países reunidos en la Conferencia Sanitaria Internacional patrocinada por Naciones Unidas en Nueva York habían aprobado la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La Conferencia decidió que una comisión interna constituida por 18 estados americanos asumiría las responsabilidades y tareas de la futura organización hasta que 26 estados miembros de las naciones Unidas (que por entonces contaban con 51 miembros) hubiesen aceptado o ratificado la constitución de la OMS. Estando como Ministro de Salubridad de Bolivia, El Dr. Morales Ugarte se dictó la Resolución del 6 de septiembre de 1947 que dice “*vistos los textos del acta final de la Conferencia Sanitaria Internacional, de la constitución de la OMS, firmados en Nueva York, el 22 de julio de 1946 y habiendo el Gobierno de Bolivia por medio de su delegado especial (el Dr. Luis V. Sotelo) firmado ad referendum resuelve adherirse a los instrumentos del acta final de la Conferencia Internacional de Salud*”.

La XII Conferencia sanitaria Panamericana se celebró en Caracas, Venezuela, del 11 al 24 de enero de 1947 con la participación de los representantes de 20 repúblicas del hemisferio occidental, entre ellos el laureado poeta Luis Felipe Lira Girón, Embajador en Venezuela representó a Bolivia, la Conferencia eligió por unanimidad al

Dr. Fred L. Soper como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y al Dr. Hugh S. Cummig como Director Honorario.

En relación a la labor cumplida por el Dr. Hugh S. Cummig, Bolivia no era ajena a esta distinción, pues, en el Suplemento del Instituto Nacional de Bacteriología, editado por el Dr. Félix Veintemillas del mes de diciembre de 1945, en su primera página con el título de Saludamos, se decía lo siguiente:...” Enviamos *un ferviente saludo al Dr. Hugh S. Cummig, distinguido Director de la Oficina sanitaria Panamericana quien en este mes completó los veinticinco años de su labor al servicio activo de la Institución, que desde Washington ha sabido impulsar la Unión Sanitaria Internacional del Continente*”... La Paz, diciembre, 1945.

La Organización Mundial de la salud (OMS) cuyo objetivo consiste en alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud, nació oficialmente como organismo especializado de Naciones Unidas el 7 de abril de 1948 (el mismo día recibió la 25 y 26 ratificaciones de los países miembros acordadas en la Conferencia Internacional del 22 julio de 1946).

La Primera Asamblea Mundial de la Salud se celebró en Ginebra, del 21 de junio al 24 de julio de 1948, con la participación de representantes de 65 naciones (53 estados miembros y 12 observadores). En esa Asamblea se eligió como Primer Presidente de la OMS al Dr. Brock Clisholm del Canadá, que había estado actuando como Secretario Ejecutivo de la organización. La Asamblea de la Salud otorgó especial prioridad a cuatro asuntos: Paludismo, Tuberculosis, Enfermedades venéreas y la Salud Materno-Infantil. La Higiene del Medio, Ingeniería Sanitaria y la Nutrición también fueron consideradas como prioritarias.

En su reunión celebrada en Washington D.C. (EE.UU.), en octubre de 1948, el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana (OSP) aceptó el proyecto de acuerdo entre la OMS y la OSP en virtud del cual la Oficina Sanitaria Panamericana actuaría como Oficina Regional de la OMS y recibiría fondos para las actividades que emprendiese en nombre de ésta. Un acuerdo firmado por el Dr. Brock Clisholm, Director General de la OMS y el Dr. F.L. Soper, Director de la Oficina, fue debidamente aprobado por la Segunda Asamblea Mundial de la Salud y entró en vigor el 1° de julio de 1949¹¹⁷. Correspondiente al periodo Ministerial del Dr. Balcázar del 3 de marzo de 1948 hasta el 28 de enero de 1949, el Dr. Rolando Costa Arduz hace la siguiente consideración: “*un especial cuidado fue sostenido respecto a la adhesión de Bolivia a la OMS, aunque en la Asamblea Mundial celebrada en Ginebra solo asistió un Delegado Observador, en tanto la relación con la OPS fue más*

¹¹⁷ Foro Mundial de la Salud. OMS. Cincuentenario de la OMS. Volumen 19. Número I. 1998.

*estrecha habiendo recibido la visita de Mrs. Fred L. Soper a objeto de mejorar los medios de cooperación y coordinación*¹¹⁸. La Ley del 6 de diciembre de 1949 aprueba la adhesión de Bolivia al nuevo organismo de la OPS/OMS. Le correspondió al Dr. Félix Veintemillas firmar el Decreto N° 1975 del 30 de marzo de 1950 creando en el Ministerio de Salubridad como consultoría ad honorem el “*Comité nacional permanente de estadísticas Vital y Sanitarias*” señalando sus principales funciones. Relacionada con esta disposición se dictó el Decreto de 1977 que adopta para todo el territorio de la república la “*Lista Internacional de Enfermedades y causas de muerte aprobadas en la OMS y OPS el 24 de julio de 1948*”.

Hacia el comienzo de la década de los cuarenta, las actividades de campo experimentaron un importante incremento y se presentaron problemas específicos que atender: la Enfermedad de Chagas que era problema en la mayoría de los países, los brotes de meningitis cerebro-espinal en Chile y Estados Unidos en 1942, la encefalomiелitis en Colombia, la fiebre recurrente por garrapata en Bolivia y Pian en Ecuador. Para entonces, se ponía claramente de manifiesto la necesidad de contar con especialistas de la Oficina que trabajaran en los países, quienes fueron conformando las zonas; el informe del Director para 1939-1940 mencionaba una zona sanitaria del Caribe, con sede provisional en Panamá, dotada de un representante viajero y un ingeniero sanitario. En 1942 se estableció la oficina de campo, en la frontera de los Estados Unidos y México, aún en servicio; le siguieron, después, los pasos para organizar oficinas de campo en Lima y en la ciudad de Guatemala.

Posteriormente, para colocar los recursos de la Oficina, más cerca de la esfera de acción, se establecieron seis oficinas de zonas descentralizadas: la zona I, con sede en Washington para los Estados Unidos, Canadá y los territorios que no tenían autogobierno, contaban también con oficinas de campo en Jamaica y el Paso; la zona II, en la ciudad de México, para Cuba, La República Dominicana, Haití y México; la zona III en la ciudad de Guatemala para Honduras Británica, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá; la zona IV en Lima, para Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela; la zona V, en Río de Janeiro, para Brasil la zona VI, en Buenos Aires para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. Cada oficina de zona –conforme el Dr. Soper– como una copia en miniatura de lo que era la sede antes de la descentralización: tenía un funcionario médico con un título en Salud Pública, a veces, más funcionarios médicos, un ingeniero sanitario, una enfermera de salud pública y otro personal según exigieran las necesidades programáticas.

¹¹⁸ Rolando Costa Arduz. Historia del Ministerio de Salud. La Paz. 2000

CAPITULO SEIS



**LAS BASES DOCTRINARIAS Y LOS FUNDAMENTOS
LEGALES EN SALUD PUBLICA.
MINISTERIO DE LA SALUD PUBLICA, 1958-1970**

“Los problemas de salud pública han sido abordados hasta el presente como problemas de restauración de la salud para un determinado grupo de la República, sin haber abarcado los diferentes aspectos de promoción de la salud y prevención de las enfermedades y sin haber abarcado a la totalidad de la población boliviana”.

Dr. Antonio Brown L.

“Conformada así la organización del Ministerio surge la necesidad de una doctrina. Ella tiene que afirmarse sólidamente en el próximo pasado pero tiene una necesidad de una vigorosa visión del futuro. Ese futuro, desde nuestro punto de vista, esta representado por una prestación sanitaria universal de tal modo que tengan derecho a ella todos los habitantes de Bolivia: prestación gratuita y de la más alta calidad”.

Dr. Guillermo Jáuregui Guachalla.

EL NACIONALISMO REVOLUCIONARIO Y LA CAIDA DEL MNR BAJO EL SIGNO DE LAS FUERZAS ARMADAS

Este periodo de la organización sanitaria por el Ministerio de Salud se inicia en el año 1958 a medio periodo de Gobierno de Hernán Siles Zuazo y se extiende a 1970 cuando el General Ovando era el Presidente de Bolivia. EL 17 de junio de 1956 se habían realizado, por primera vez, las elecciones generales en las que se ponía en vigencia el voto universal. De los 204.000 ciudadanos inscritos para las elecciones de 1951 se pasó a 1.119.000 electores con derecho a voto. El Dr. Hernán Siles Zuazo del MNR, Vicepresidente con Víctor Paz Estenssoro en el periodo anterior, ganó las elecciones con abrumadora diferencia (82%) de los votos sobre sus contendores: Oscar Unzaga de la Vega de FSB, Felipe Iñiguez del PC y Hugo Gonzáles del POR, gobernando el país de 1956 a 1960. En Las elecciones de 1960 el MNR aparece ya dividido en dos candidaturas, la oficial del partido con Paz Estenssoro y Lechín y la del Partido Revolucionario Auténtico -PRA, con Guevara Arce. El resultado fue a favor de Víctor Paz Estenssoro llevando una gran ventaja sobre sus contendores con 74.5% de los votos que le permitieron gobernar en un segundo periodo presidencial de 1960 a 1964. Dentro de un ambiente electoral de descontento nacional y de descomposición interna de su partido, Víctor Paz Estenssoro con René Barrientos Ortuño, Jefe de la “Célula Militar” en la práctica como fórmula única, ya que la oposición se abstuvo en su conjunto, ganó por mayoría absoluta con el 86% de los votos. Así ingreso a un tercero y breve periodo presidencial, siendo derrocado por su Vicepresidente el General René Barrientos Ortuño, quien fue Presidente de la Junta de Gobierno (1964-1965), copresidente con el General Alfredo Ovando Candía (1965) y en 1966 elegido Presidente Constitucional.

El 27 de abril de 1969 el Presidente Barrientos falleció a consecuencia de un accidente de helicóptero en Arque (Cochabamba) en pleno ejercicio de su mandato. El Dr. Luis Adolfo Siles Salinas, Vicepresidente, sucedió constitucionalmente al General Barrientos en la proximidad del fin del mandato constitucional (1970). El General Alfredo Ovando Candía a pesar de sus posibilidades de ser elegido en los comicios que debían realizarse decidió el derrocamiento de Siles Salinas; el 26 de septiembre se produjo la proclama que a través de “*un mandado revolucionario de las FF.AA.*” cambiaba el mando de la nación por el General Ovando Candía que gobernó el país de 1969 a 1970. En el periodo de 18 años ocuparon el sillón presidencial cinco gobernantes, dos el Dr. Siles y el Dr. Paz Estenssoro un periodo completo de gobierno, el General Barrientos dos años de facto y tres años constitucionales.

Las transformaciones fundamentales que se logran con la Revolución Nacional son la Nacionalización de las minas, la Reforma Agraria y el Voto Universal. Las bases sociales del modelo político se tejieron en torno a la captación del movimiento obre-

ro boliviano mediante la creación de la Central Obrera Boliviana (COB), el establecimiento del cogobierno COB–MNR, la institucionalización del sindicalismo campesino mediante la creación del “*Ministerio de Asuntos Campesinos*”, la creación de la Corporación Minera de Bolivia (COMIBOL) para la administración de las minas que pasaron al poder del Estado, evitar la desmedida fuga de divisas y permitir recuperar el beneficio de la producción nueva para el país. En el Gobierno de Siles Zuazo, se aprobó el Código de Seguridad Social en Bolivia, una de las legislaciones más avanzadas en materia de derechos y beneficios para los trabajadores; se aprobó igualmente una ley de Cooperativas, fundamental para buscar soluciones de producción en el agro.

Como hechos importantes se señalan también, en el interinato del General Ovando la instalación de una fundación de estaño en Vinto (Oruro), dejando así la dependencia de fundaciones extranjeras, se aumentaban el ingreso de divisas al subir el precio del estaño fundido que hasta 1970 se vendían exclusivamente en forma de concentrado; la creación del pacto Militar-Campesino”, instrumento político de control del agro y respaldo a los gobiernos de las Fuerzas Armadas en el gobierno de Barrientos. La participación directa del Gobierno Barrientos contra la Guerrilla del Ché Guevara que terminó en la quebrada del Yuro y la muerte del Ché en la Higuera (cerca de Camiri) que tuvo repercusiones internacionales y profunda influencia en toda una generación. Entre los otros hechos destacados del Gobierno de Siles Salinas se señalan la financiación para la fundición de bismuto en Telamayu, los cinco proyectos camineros en Pando, Beni, La Paz y Santa Cruz, la creación de la Caja del Chofer y la autorización a las Universidades para programas empresariales que permitan su autofinanciamiento y la creación de la Cooperación de Desarrollo Rural.

LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1961

La constitución revisada por el Honorable Congreso Nacional Extraordinario en fecha 4 de agosto de 1961 (Gobierno de Víctor Paz Estenssoro) por primera vez, en relación con las revisiones anteriores desde la Constitución de 1938 establece el derecho a la salud: “*Artículo 6: Toda persona tiene los siguientes derechos, fundamentales, conforme a las leyes que reglamentan su ejercicio: a) de conservar su salud y su vida. Por lo demás no difiere de los preceptos ya consagrados en las constituciones anteriores y “enfatisa la función del estado en el campo de la salud y otorgan cargo constitucional a los principios de la seguridad social”*”¹¹⁹.

¹¹⁹ Rulfo Oropeza Delgado. El derecho a la salud en las Américas. Capítulo Bolivia. OPS/OMS. Publicación Científica N° 509. Año 1989.

LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1967

Promulgada por René Barrientos Ortuño, Presidente Constitucional de la república, en relación a la anterior de 1961 de Víctor Paz Estenssoro en la primera parte de Derechos y Deberes fundamentales de la persona, en el artículo 7 extiende sus alcances. En el artículo 7 dice *“toda persona tiene los siguientes derechos fundamentales conforme a las leyes que reglamentan su ejercicio:*

- a. A la vida, la salud y la seguridad (añade seguridad) y*
- b. A la Seguridad Social en la forma determinada por esta Constitución y las leyes (este inciso no figuraba en la anterior Constitución)”.*

Además, incluye como deberes fundamentales en relación a la salud en el artículo 8, inciso c) *“de asistir, alimentar, educar a sus hijos menores de edad, así como de proteger y socorrer a sus padres cuando se hallen en situación de enfermedad, miseria o desamparo.*

Los demás alcances de protección del Estado contenido en el régimen social y régimen familiar son los siguientes:

“Título Segundo. Régimen Social. Artículo 158. El Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población; asegurará la continuidad de sus medios de subsistencia y la rehabilitación de las personas inutilizadas, propenderá así mismo al mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar. Los Regímenes de Seguridad Social se inspiraron en los principios de universalidad, solidaridad, unidad de gestión económica, oportunidad y eficiencia, cubriendo las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgo profesional, invalidez, vejez y muerte, paro forzoso, asignaciones familiares y vivienda de interés social.

Artículo 64. El servicio y la asistencia social son funciones del Estado y sus condiciones son determinadas por Ley. Las normas relativas a la Salud Pública son de carácter coercitivo y obligatorio.

Título Quinto, Régimen Familiar. Artículo 199. El Estado protegerá la salud física mental y moral de la infancia y defenderá los derechos del niño al hogar y a la educación, un Código especial regulará la protección del menor con la legislación boliviana”.

Nuestra Constitución había progresado en cuanto al reconocimiento por el Estado del derecho a la salud individual y colectiva, la protección social y especialmente la

atención especial a la niñez considerada como inversión hacia el futuro, dando lugar a la formulación del Código del Menor. Por la Constitución se permitía al Estado mediante los organismos competentes del sector salud la formulación de políticas adecuadas a la realidad nacional. En la práctica la mayoría de los planes se quedaron en simples proposiciones o por el contrario, crearon situaciones inalcanzables, frente a la disponibilidad de nuestros propios escasos recursos tanto humanos como materiales.

LA OPS/OMS EN BOLIVIA

La cooperación formal de la OPS/OMS a nivel del país, se inicia en la visita que hizo a La Paz el director de la OPS/OMS Dr. Fred L. Soper, quien ya tenía conocimiento de nuestra problemática sanitaria por su participación en la fundación Rockefeller como alto funcionario. Esta visita, estando de Ministro el Dr. Juan Manuel Balcázar tuvo como objeto *“mejorar las medidas de cooperación y coordinación”*. La OPS/OMS, en sus primeras etapas, colaboró con el envío de expertos a corto plazo en uno y otro campo. Dicha cooperación se realizó en coordinación con los proyectos que se habían establecido en el país con la Fundación Rockefeller y el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. La OPS/OMS sirvió de intermediario entre estos organismos internacionales y el Gobierno.

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana en 1958 eligió como Director al Dr. Abraham Horwitz, de Chile, quien en su investidura llamó la atención hacia las pruebas crecientes de la *“relación existente entre la salud y la riqueza y a la inversa, entre la enfermedad y la pobreza”*. *“Hoy el gran reto para la Salud Pública está en el ambiente social de la mayoría de los países en desarrollo, donde un gran número de personas apenas si logra existir: su trabajo es improductivo, sus alimentos siempre escasos, sus viviendas inadecuadas, su expectativa de vida corta y su salud física, mental y social deficiente y precaria”*.

El Dr. Horwitz, primer director latinoamericano de la OPS fue reelegido tres veces y dirigió la organización durante un periodo de 16 años que se caracterizó por su incremento en el presupuesto, programas e influencia, servicios de asesoramiento intensificado, aplicación de actividades educativas, desarrollo de la integración e intercambio de información en cada área de la Salud Pública de toda la región. Así pues en el periodo de la organización se concentró principalmente en la campaña contra las enfermedades termino con una gran victoria, la erradicación de la viruela de las Américas a principios de la década de 1970.

A principios de la década del 60 la administración de la OPS/OMS estaba estructurada en tres niveles, sede zonas y (por primera vez) los países. El representante del país

fue considerado el “*coordinador de todos los proyectos en un país*”. El último jefe de la zona IV en Lima, fue el Dr. Martín Vásquez Vigo.

Le corresponde al Dr. José Ramón Quiñones, médico salubrista venezolano, la iniciación de la gran tarea orientadora asesora y de cooperación de la Organización a Bolivia. Al ser designado asesor principal el año 1957, organiza su despacho en el segundo piso del Ministerio de Salud Pública, como oficina de la representación, contando con una sola secretaria asignada por el Ministerio. De cuando en cuando visitaba esa oficina el Dr. Víctor Bertin, asesor chileno, con chamarra y botas, a veces con poncho y ll'uchu, que a semejanza del Dr. John D. Long en los años 20, al iniciarse la OPS/OMS en Washington era el representante viajero de la oficina en el área andina y las provincias de los departamentos del país que presentan problemas de salud. El Dr. Quiñones permaneció en el país hasta el año 1965 habiendo sido trasladado como representante de país en Honduras, con sede en Tegucigalpa.

El Dr. Villa Crespo fue el segundo representante de la OPS/OMS en el país, sucedió al Dr. Quiñones en el periodo ministerial del Dr. Guillermo Jáuregui Guachalla permaneció en el país hasta el año 1965 dejando como su sustituto al Dr. Vargas Tentori. El Dr. Manuel Villa Crespo de nacionalidad peruana, graduado de Médico Cirujano en la Universidad de San Marcos de Lima, Perú, obtuvo el título de Master en Salud Pública en la Universidad de Minesota, EE.UU.. Realizó otros estudios como el de altos estudios militares y planificación de la salud en Chile. Fue consultor de OPS/OMS en la Argentina y representante en Costa Rica.

El Dr. Fortunato Vargas Tentori desempeñó el cargo de representante de la OPS/OMS de 1965 a 1969. De nacionalidad mexicana, médico cirujano especializado en Administración Sanitaria en EE.UU., con curso de Planificación de la Salud en Chile y Gerencia en EE.UU, llegó a Bolivia con un gran bagaje de experiencia en salud rural como Jefe de Servicios Médicos de Grepal (UNESCO), asesor de la ONU para el desarrollo rural de los Mapuches en Chile y Asesor en Salud Pública Rural en Orisa-India y en Nigeria, Africa de la OMS.

Al Dr. Fortunato Vargas Tentori lo reemplazó en el cargo el Dr. Mario Machado Lemos, diplomado en la Universidad de Bahía en el Brasil y postgrado de Salud Pública, llegaba al país después de una brillante carrera en el Ministerio de Salud Pública de su país, en el que fue coordinador de Proyectos OPS/OMS, UNICEF y Secretario de estado de Salud Pública en San Pablo.

LA CARTA DE PUNTA DEL ESTE

El Código Sanitario Internacional, que permitió actuar a la OPS/OMS en el continente con suficiente autoridad en la prevención de la propagación de las enfermedades, la información de la recolección de datos sobre morbilidad y mortalidad y su intercambio entre los países de los gobiernos para mejorar la sanidad pública y combatir las enfermedades, eliminando barreras y obstáculos comerciales y de comunicación internacional, estuvo vigente, hasta la formulación de la Carta de Punta del Este.

En la reunión extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social, celebrado en Punta del Este (Uruguay) en 1961, a la que en representación de Bolivia asistió el Dr. Guillermo Jáuregui Guachalla, Ministro de Salud Pública, se formuló la Carta de Punta del Este. En este documento se afirmó la estrecha relación entre los recursos naturales y humanos por un lado y el progreso y los cambios sociales por el otro e identificando la importancia de la planificación como enfoque para el ordenamiento de los problemas de acuerdo con su importancia, sus distintos medios de solución y sus posibilidades para producir un efecto sobre el bienestar.

La carta elaboró dos objetivos generales: aumentar la esperanza de vida en un mínimo de cinco años y realizar la capacidad para aprender y producir mediante el mejoramiento de la salud individual y colectiva. Sus objetivos específicos fueron, entre otros, el abastecimiento de agua y saneamiento, la reducción de la mortalidad infantil, el control de las enfermedades transmisibles, mejoras en la nutrición, capacitación y desarrollo del personal de salud, fortalecimiento de los servicios básicos e intensificación de la investigación científica utilizando el conocimiento para evitar y curar las enfermedades.

La OPS/OMS convocó a una reunión de ministros de Salud (Grupo de expertos) en Washigton D.C. en 1969 en la que representaron al país, como signatario de la Carta de Punta del Este el Dr. Francisco Torres Bracamonte, director general de Salud y el Dr. Julio Bustillos, director de los servicios normativos, quienes a su retorno, elaboraron su informe sobre la exposición de motivos, la salud en el desarrollo económico y social de las Américas y las recomendaciones¹²⁰.

En la reunión la OPS describió su misión de la manera siguiente: *“A la luz de la carta de Punta del Este hemos analizado la salud de las Américas como un proble-*

¹²⁰ Sociedad boliviana de Salud Pública. Desarrollo y recomendaciones de la Conferencia de Ministros de Salud OPS/OMS del 15 al 20 de abril 1963. Revista de Salud Pública, N° 16 año II mayo 1963.

ma técnico, social, económico, jurídico y cultural ... hemos establecido un grupo de medidas de orden práctico para llevar a cabo los objetivos de salud de la carta”.

“De esta forma se estableció el marco político para alcanzar los propósitos de la OPS, tal como lo define su constitución: *“combatir las enfermedades y prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de los habitantes”*. Para alcanzar estos fines la OPS centró sus actividades en controlar o erradicar las enfermedades transmisibles; atacar las causas ambientales de las enfermedades –falta de agua y saneamiento básico, mal nutrición e ignorancia– formar recursos humanos; realizar investigaciones y mejorar los servicios nacionales de salud. En esta reunión también se estableció una asociación con el banco Interamericano de Desarrollo, lo que Horwitz calificó de *“Banco de Salud”*. En conjunto, las dos instituciones formaron una verdadera política de inversión en salud, que permitió a los países de la región hacer un progreso importante durante la década de 1960 y 1970¹²¹.

EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Hasta el 17 de agosto de 1958 en que después de una crisis de gabinete, que nada tiene que comprometer al sector salud y el Ministerio de Higiene y Salubridad, habían transcurrido veinte años desde que la Constitución Política de 1938, señalara al Estado como deberes la protección de la salud y la vida de la población boliviana, así como su seguridad social. El cambio no era simplemente de nombre de una estructura relativamente nueva, dentro de la evolución de las organizaciones sociales, sino consecuentemente con su propio crecimiento, al que habían contribuido las ideas y el pensamiento de los *“Higienistas”* y que ahora se materializaban en la concepción de la Salud Pública. Este movimiento se debió sin lugar a dudas a la conjunción de los esfuerzos colectivos, de los grupos y organizaciones que estaban trabajando en el escenario bajo la conducción del Ministro Dr. Jáuregui, como la Rockefeller, en la lucha contra las enfermedades, el SCISP en el desarrollo del conocimiento formando personal especializado y levantando infraestructura; la OPS que iniciaba su representación en el país y la Sociedad Boliviana de Salud Pública, que tenía representación en el Consejo Técnico del Ministerio. El Dr. Guillermo Jáuregui en la inauguración de la Primera Conferencia de Salubristas en 1961 había expresado claramente: *“Bolivia vive un intenso periodo de recuperación y desarrollo. El Servicio de Salud Pública no puede estar al margen de este proceso histórico. Por eso ha sido nuestra preocupación constante el disponernos para adquirir la capacidad necesaria para tomar parte activa en él”*.

¹²¹ OPS. Boletín, Vol 113, N° 5 y 6 Historia de la OPS, diciembre 1992.

Los dispositivos en relación con la organización sanitaria en el primer periodo de Gobierno del MNR son escasos y se refieren a autorizaciones de viaje, autorizaciones para manejo de fondos, préstamos, inversiones para desarrollar infraestructura; en el segundo periodo de Gobierno con Hernán Siles Zuazo se encuentra ya dispositivos vinculados con la naciente política de salud, como el Decreto 4694 del mes de julio de 1967 por el que se crea el Consejo Nacional de Salud Pública, con la intención de implementar políticas sanitarias que beneficien a las mayorías nacionales. En este orden se crean como instrumentos jurídicos que van a permitir la conformación racional y coherente de una estructura orgánica formal como el Código Sanitario (D.S. 5006 del 24 de julio de 1958), el Servicio Nacional de Salud (D.S. 5650 del 2 de diciembre de 1958) y la Oficina Sectorial de Planificación (D.S. 6621 del 25 de octubre de 1963). Sobre estas bases jurídicas y las doctrinarias por los Ministros de Salud de las Américas convocadas por OPS/OMS en Punta del Este es que se estructura el Ministerio de Salud Pública.

CÓDIGO SANITARIO DE LA REPÚBLICA

El Código Sanitario promulgado el 24 de julio de 1958 (Decreto Supremo N° 5006) en el Gobierno de Hernán Siles Zuazo, siendo Ministro de Higiene y Salubridad el Dr. Julio Manuel Aramayo estuvo vigente hasta la promulgación del actual Código de Salud aprobado el 18 de julio de 1978. El Decreto Supremo que da su aprobación a este instrumento legal con el nombre de Código Sanitario de la República de Bolivia hace las siguientes consideraciones: *“es primordial responsabilidad del estado de velar por la Salud Pública mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas a que la República de Bolivia es miembro de la Organización Mundial de Salud, cuya finalidad es alcanzar para todos los pueblos el más alto grado de salud, que de acuerdo a las normas internacionales de convivencia y seguridad es necesario coordinar la legislación sanitaria con las disposiciones del Reglamento Sanitario de la República con las disposiciones de Reglamento Sanitario Internacional de la Organización Mundial de la Salud y el Código Panamericano”*¹²².

La finalidad del Código que consta de seis libros y 156 artículos es *“la regulación jurídica de las acciones para la conservación, mejoramiento y restauración de la salud de la población mediante el control del comportamiento humano y de ciertas actividades a los efectos de obtener resultados favorables en el cuidado integral de los habitantes de la República de Bolivia”*. Se determina que corresponde al Ministerio *“la definición de la política nacional de salud, la normación, la planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna”*. En los artículos de los seis

¹²² República Bolivia. Decreto Supremo n° 5006 del 24 de julio de 1958. Gaceta Oficial 1958, La Paz.

libros se fijan normas de carácter técnico-administrativo y jurídico, en relación a los siguientes temas: organismos competentes para la atención de los problemas de salud pública, organización de los servicios de protección, promoción y reparación de la salud, complementación de los servicios técnicos de la estadística vital y sanitaria; educación sanitaria; enfermería; laboratorios de salud pública; formación y capacitación de personal. Los aspectos jurídicos establecían las obligaciones relativas al cumplimiento de sus normas, determinando los casos que deben considerarse como infracciones para la aplicación de las acciones respectivas¹²³.

En el mes de abril de 1958 para la aplicación de la estructura diseñada por el Código Sanitario se dictaron las siguientes reglamentaciones: Enfermedades transmisibles (D.S. 5189), Control sanitario de alimentos y bebidas (D.S. 5190), Erradicación de la Malaria (D.S. 5191), Ejercicio de la Medicina (D.S. 5192). Importación; Fabricación; Producción; Análisis; Distribución; Expendio de productos medicinales, biológicos, químico farmacéuticos y otros (D.S. 5193), Ejercicio de la Odontología (D.S. 5194), Ejercicio de la enfermería (D.S. 5195). Normas a seguir en todas las actividades ilícitas del tráfico de drogas narcóticas (R.S. 5195) y escalafón Sanitario del personal técnico (R.S. 5204).

BASES DOCTRINARIAS DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

El Decreto Supremo N° 5650 del 2 de diciembre de 1960 en el periodo ministerial de Guillermo Jáuregui Guachalla, en relación al cumplimiento de las disposiciones del Código Sanitario dispuso que el *“Ministerio de Salud Pública, mediante el Servicio Nacional de Salud, dirigirá coordinadora y orientará todas las actividades de Salud Pública ejecutadas por los organismos estatales autárquicos y autónomos”*.

El Servicio Nacional de Salud Pública en el rol que se le había asignado, entró en funciones sobre la base de aspectos doctrinarios, técnicos, administrativos y normativos que fueron aprobados en el Consejo Técnico. El documento constituye un hito, en este sentido en la evolución de la Salud Pública boliviana y sus alcances han llegado, hasta estos tiempos, de reformas del sector salud continuando su vigencia.

El documento se inicia con esta declaración: *“la planificación del Servicio Nacional de Salud, tiene como base doctrinaria las pautas contenidas en el Código Sanitario vigente cuya doctrina consiste en esencia en la integración formal y funcional de las acciones y servicios destinados al fomento, protección y reparación de la salud”*. Como principios fundamentales a considerar en la organización del sistema señala los siguientes: *“la suficiente delegación de autoridad a todos los niveles, de*

¹²³ Constantino Cuevas. Fundamentos legales de la Salud Pública en Bolivia. Revista de la Salud Pública Boliviana. Año 1, N° 2, 1961.

tal modo, que las estructuras intermedias tengan suficiente autonomía para realizar la política general del servicio que comprende: a) la centralización en el planteamiento de la política general y la normalización para la ejecución y evaluación de los programas y b) la descentralización ejecutiva o sea autonomía local en la concepción y realización de los programas de acuerdo a las necesidades de la comunidad. Este concepto se deriva de la consideración de que la salubridad es un proceso eminentemente local y dinámico y de que las autoridades centrales son directoras, asesoras y normativas. También se considera como fundamental al realizar la planificación tomar en cuenta las recomendaciones del Comité de expertos en administración sanitaria de la OMS de crear *“un sistema descentralizado de administración eficazmente enlazado con la autoridad central; una dirección nacional administrativa normativa y administraciones locales ejecutivas con amplia autoridad delegada en acciones médicas integrales que incluyan la administración de la atención médica y de los hospitales”*. En relación a las acciones a cumplir por el servicio se señalan los programas correspondientes al Fomento, protección, reparación de la salud y servicios técnicos generales. En cuanto a la estructura general del servicio se señala su composición por: a) La Dirección General, conformada por el Director, el Consejo Nacional de Salud y el Consejo Técnico conformada por las subdirecciones y las divisiones y departamentos, b) Los Distritos Sanitarios que conducen, dirigen y coordinan las acciones de salud en áreas geográficas independientes de la división política del país y dependientes de factores relacionados con vías de comunicación, economía y distribución de población, c) Centros de Salud, Hospitales, puestos médicos, puestos sanitarios¹²⁴.

El editorial de la Revista de Salud Pública Boliviana, titulado Bases de la Estructuración Nacional del Servicio Nacional de Salud en Bolivia, refleja el pensamiento de los salubristas, de esa época, a través de la Sociedad Boliviana de Salud Pública (SBSP) en relación a la integración de servicios.

Con motivo de un proyecto para la creación del Instituto Nacional de Enfermedad que englobaría las prestaciones médicas de las Instituciones de Seguridad Social, la SBSP había presentado a consideración del Ministro de Salud Pública y de la Confederación Médica Sindical Boliviana (COMSIB) oficialmente sus objeciones “a la creación de una nueva súper estructura sanitaria que no estaría asimilada íntegramente por el Ministerio de Salud Pública. Las observaciones fundamentales que hacía la SBSP estaban basadas en una serie de consideraciones de orden económico, técnico – administrativo y jurídico de la política sanitaria de entonces. Se puntualizaban la desproporción de la asignación presupuestaria y los gastos per cápita de las

¹²⁴ Salud Pública Boliviana. Bases doctrinarias del Servicio Nacional de Salud Pública. Revista de la Sociedad Boliviana de Salud Pública, N° 1 volumen 1, noviembre 1960. La Paz.

instituciones de seguridad social y el ministerio; el énfasis en la medicina asistencial en desmedro de la medicina preventiva, la desproporción de la población por atender, la duplicidad innecesaria de servicios, la poca utilización de la capacidad instalada y la demasiada ingerencia política. Del análisis de estos problemas el pronunciamiento de la SBSP se concluía en dos puntos: a) ratificar su postura en contra del proyecto para la creación de un Instituto Nacional de Seguro de Enfermedad y b) Fomentar el perfeccionamiento técnico y administrativo de la actual organización del Ministerio, especialmente en lo que se refiere a su Consejo Nacional de Salud y su Servicio Nacional de Salud, como organismos directrices de toda la acción de Salud Pública en Bolivia¹²⁵.

En una entrevista que se le hizo al Dr. José Ramón Quiñones, representante de la OPS/OMS, entonces, en oportunidad de la conmemoración del Día Mundial de la Salud de 1961, en relación a la orientación sanitaria que existía en el país hizo la siguiente declaración: *“Considero correcta la orientación que se imprime al Ministerio del ramo en Bolivia, en la estructuración del Servicio Nacional de Salud, basado en un planteamiento racional y técnico, con la salvedad de que una organización ideal tendría que contemplar la integración al servicio de todos los organismos médico–asistenciales existentes en el país”*¹²⁶. Treinta años después el Dr. Quiñones, desde Tegucigalpa, donde se había retirado, en respuesta a nuestra solicitud de contar con una apreciación suya sobre lo más significativo de su representación en nuestro país nos respondió que fue la elaboración y promulgación del Código Sanitario y los reglamentos complementarios, la reorganización del Servicio Nacional de Salud y su elaboración de normas y procedimientos¹²⁷.

PLANIFICACIÓN DE LA SALUD

Las recomendaciones de la Conferencia de Ministros de Salud, representantes de los Gobiernos signatarios de la Carta de Punta del Este, convocada por la OPS/OMS en Washigton D.C. en relación a la planificación de la salud sugirieron a los gobiernos a que procedan a crear unidades de planificación y evaluación dentro de los Ministerios de Salud, formado por personal especialmente adiestrado. En relación con el Servicio Nacional de Planificación (D.S. 6587 20–IX–1963) que establecía normas para la creación de oficinas sectoriales, se creó la Oficina Sectorial de Planificación de la Salud (D.S. 5621 del 25–X–1963) con atribuciones para efectuar estudios socioeconómicos, preparar las bases que permitan definir metas en políticas del

¹²⁵ Revista Salud Pública Boliviana. Año II, N° 2, enero 1961. Nota editorial.

¹²⁶ Revista Sociedad Boliviana de Salud Pública. Aniversario de la OMS, entrevista al Dr. José Ramón Quiñones. Año II, N° 4 La Paz 1961.

¹²⁷ Revista Boliviana de Salud Pública. La orientación sanitaria a través de los años. Año XXXII, N° 51, 1993.

sector, elaboración de proyectos y anteproyectos, fijar prioridades, determinar requerimientos de asistencia técnica y preparar estadísticas y lo más importante, la coordinación de actividades en la junta Nacional de Planificación, en la elaboración de planes sectoriales, dentro de los planes económicos y sociales.

La Oficina, en sus inicios, funcionó como una unidad asesora dependiente de La Dirección Técnica Normativa, a cargo de una licenciada en Ciencias Económicas que siguió un curso de Desarrollo Económico en salud; el Dr. Julio Bustillos, posteriormente fue el primer director de la Oficina ocupando sucesivamente dicho cargo, el Dr. Antonio Brawn L y el Dr. Gregorio Mendizábal L, todos después de haber hecho el curso de Planificación de La Salud auspiciado por la OPS/OMS.

En 1964, mediante un convenio con USAID B, firmado por el ingeniero Amadeo Laudry y el Ministro de Salud Pública, se organizó la Oficina de la Planificación, Investigación y Evaluación, con la dotación de equipamientos y material, pago de personal y contratación de un administrador para el manejo del presupuesto contemplando la obligación del Gobierno de traspasar paulatinamente estas obligaciones al Ministerio.

ORGANIZACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Hasta 1964, el Ministerio de salud Pública, bajo la orientación del Ministro Guillermo Jáuregui Guachalla, durante todo el periodo constitucional de Víctor Paz Estenssoro tenía la siguiente organización¹²⁸:

- e) Oficina del Ministro: encargada de dictar la política sanitaria de acuerdo con los dos mayores organismos deliberantes: El Consejo Nacional compuesto por representantes de todas las instituciones que tienen servicios de salud en el país y el Consejo Técnico del Ministerio de Salud Pública, compuesto por las altas autoridades del Ministerio y un representante de la Sociedad Boliviana de Salud Pública. El Ministro es el presidente nato de ambas comisiones, reemplazando en casos circunstanciales el Director del Servicio Nacional de Salud, conservando los mecanismos de coordinación con miras a la unificación de todos los servicios sanitarios del país.
- f) La Dirección del Servicio Nacional de Salud, organismo ejecutivo encargado de la supervisión general de todos los servicios de salud del Ministerio y de la aplicación de las políticas, planes y programas.

¹²⁸ Gregorio Mendizábal Lozano. Los principios de organización y los elementos de administración en Salud Pública. La Paz 1964.

- g) La Oficina Sectorial de Planificación en Salud, organismo encargado de preparar, adecuar y coordinar los programas subsectoriales y formular planes de salud, en coordinación con el Ministerio Nacional De Planificación.
- h) Dirección administrativa, a cargo del Oficial Mayor del Ministerio, encargado de las funciones administrativas generales en el ámbito nacional, finanzas, presupuesto, inventarios, personal; control de abastecimientos, transporte, programación y supervisión administrativa y asesora jurídica.
- i) Dirección de Servicios Regionales de Salud, encargado de la supervisión técnica y administrativa de los 12 Distritos Sanitarios con que cuenta el país y la planificación de la prestación de servicio. Cuenta con la Dirección General de Hospitales cuyas funciones generales son: supervisión, planificación y normalización de actividades hospitalarias en escala nacional.
- j) Dirección General de Epidemiología, con dos grandes departamentos: Instituto Nacional de Bacteriología con sus actividades de: preparación de vacunas, investigaciones, bromatológico, análisis de medicamentos y preparaciones farmacéuticas y Enfermedades transmisibles con varios programas verticales de control y erradicación, tales como la viruela, malaria, tuberculosis, Chagas, venéreas, lepra, zoonosis, peste y fiebre amarilla. Dependientes de la Dirección de Epidemiología actúan tres epidemiólogos zonales en La Paz, Chuquisaca y Cochabamba.
- k) Los Servicios Técnicos Nacionales, como organizaciones técnico normativas del Servicio Nacional de Salud, se considera los siguientes departamentos, algunos de los cuales tienen también función específica: 1. Arquitectura, 2. Adiestramiento y formación de personal con su unidad ejecutora, la Escuela de Salud Pública. 3. Bioestadística. 4. Educación Sanitaria. 5. Odontología sanitaria. 6. Químico farmacéutico. 7. Saneamiento ambiental. 8) Servicio Social. 9. Enfermería.
- l) Programas especiales con Cooperación Internacional, dependientes de la Dirección General de Salud, con autonomía ejecutiva: 1. Erradicación de la malaria. 2. Control de tuberculosis. 3. Nutrición. 4. Instituto de Biología de Altura.
- m) Organismos Internacionales, en coordinación con otros ministerios y cooperación internacional: 1. Instituto de Salud Ocupacional en coordinación con el Ministerio de Trabajo, minas y petróleos. 2. Desarrollo rural, en coordinación con los ministerios de Agricultura, Educación, Asuntos Campesinos.

- n) Distritos Sanitarios, doce distritos sanitarios que no corresponden a la jurisdicción política del país por departamentos con oficina de jefatura Distrital correspondiente: 1. La Paz (La Paz). 2. Oruro (Oruro). 3. Cochabamba (Cochabamba). 4. Santa Cruz (Santa Cruz). 5. Chuquisaca (Sucre). 6. Potosí (Potosí). 7. Tarija (Tarija). 8. Beni (Trinidad). 9. Tupiza (Tupiza). 10. Noreste (Cobija). 11. Oriente (Riberalta). 12. Camiri (Camiri). Dependientes de estas jefaturas de Distrito están los Servicios Locales correspondientes, en capitales de departamentos, capitales de provincias y comunidades del área rural, Hospitales, Centros de Salud, Centro de Salud Hospitales, servicios de emergencias, unidades móviles, puestos médicos y puestos sanitarios.

El Dr. Julio Manuel Aramayo después de la renuncia del Dr. Gabriel Arce Quiroga fue encargado nuevamente del despacho y al producirse una crisis ministerial el 17 de Agosto de 1958 fue ratificado esta vez, en el despacho del Ministerio de Salud Pública, denominación que se dio al, hasta entonces, Ministerio de Higiene y Salubridad¹²⁹, en el que se desempeñó hasta enero de 1960.

El Dr. Jorge Abularach ocupó la cartera del Ministerio hasta el final del Gobierno de Hernán Siles Zuazo que el 6 de agosto entregó el mando de la nación al Dr. Víctor Paz Estenssoro . El Dr. Guillermo Jáuregui Guachalla cumplió funciones como Ministro de Salud Pública durante todo el segundo gobierno del Dr. Víctor Paz Estenssoro de 1960 a 1964. El Dr. Julio Manuel Aramayo al iniciar el tercer periodo de Víctor Paz Estenssoro fue designado nuevamente ministro, permaneciendo en sus funciones hasta que se produjo el golpe de Estado que alejó del poder el 4 de noviembre de 1964 al Dr. Víctor Paz Estenssoro.

En los periodos de Gobierno del General René Barrientos Ortuño, del Dr. Adolfo Siles Salinas y del General Alfredo Ovando Candía, desempeñaron el cargo de Ministros de Salud Pública, el Coronel de Aviación, Odontólogo, Dr. Carlos Ardiles (1964-1966) quien desempeñaba el cargo de Director de Salud Oral del ministerio; el Dr. Roque Aguilera Vargas (1966-1967) prestigioso cirujano cruceño; el Dr. Bruno Boheme (1967-1968), el Dr. Juan Asbún (1968), el Dr. Jaime Galindo (1968), el Dr. Jorge Rojas Tardío (1969-1969) y el Dr. Wálter Arzabe (1969-1970)

PROTECCIÓN DE LA SALUD (ERRADICACIÓN Y/O CONTROL DE ENFERMEDADES, SANEAMIENTO DEL MEDIO)

El Código Sanitario formulado veinte años después de la Constitución Política de 1938, que señalaba la protección de la vida y la salud, la familia y la comunidad por parte del Estado, representa el *“cuerpo legal más completo y sistemático que se ha*

¹²⁹ Rolando Costa Arduz. Historia del Ministerio de Salud. La Paz 2000.

dictado, para estructurar adecuadamente, los servicios de salud del país, de acuerdo a los principios fundamentales aprobados por los organismos internacionales y la legislación comparada sobre la materia"¹³⁰. Este instrumento jurídico, puesto en vigencia en el Ministerio de Salud Pública y los enunciados en materia de salud de la Carta de Punta del Este, generaron las acciones realizadas en este periodo de nuestra historia de la Salud Pública Boliviana.

SERVICIO NACIONAL DE LA ERRADICACIÓN DE LA MALARIA

Hasta 1956 se había venido realizando acciones de control parcial y esporádicas de los focos que se presentaban en algunas áreas del territorio endémico por Malaria con la cooperación de la Fundación Rockefeller a la División de Endemias rurales que había sido conformada en el Ministerio de Higiene y Salubridad. El Gobierno en 1967 declaró como problema de emergencia nacional (D.S. 4572) creando una comisión como órgano técnico administrativo encargado de la coordinación, ejecución y evaluación de todas las actividades tendientes a su control, dando instrucciones para su cumplimiento. En 1958 (D.S. 5004) se consideró que siendo Bolivia signataria de los acuerdos tomados en la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana y la VIII Asamblea Mundial de la Salud se adhería a las resoluciones aprobadas para la erradicación de la malaria en el continente americano, encargando su ejecución a nivel nacional a la División de Enfermedades Transmisibles de la que formaba parte el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM). Bajo la dirección del Dr. César Carrasco M, se lanzó la campaña bajo la concepción de erradicación formulada por Fred L. Soper que consideraba como principios: la programación vertical y la unicausalidad de la etiopatogenia de la enfermedad. Se conocía que existían dos parásitos principales (el *P. Vivax* y el *P. Falcifarum*) y dos vectores comprobados (*anoplulex pseudo puntipenis* y *A. Darlingy*), el primero es un transmisor no muy activo que está en las calles de las áreas inter andinas, y el otro está fundamentalmente en las selvas del alto amazonas y es un buen transmisor¹³¹. En teoría era factible la erradicación de la malaria ya que los parásitos se agotan en el organismo con un plazo de uno (*P. falcifarum*) a tres años (*P. vivax*) de tal forma que evitando casos nuevos y transcurrido ese periodo ya no es factible la transmisión por haberse extinguido el parásito.

Para facilitar las operaciones de campo el país se dividió en zonas y éstas en sectores asignando para cada zona un médico jefe, epidemiólogo, un ingeniero jefe de operaciones de roseado y personal auxiliar con grados a inspectores de campo,

¹³⁰ Constantino Cuevas. Capítulo XI del libro Los principios de organización y elementos de administración en salud pública. Editorial Don Bosco. La Paz 1962.

¹³¹ Roberto Vargas. Una contribución al conocimiento de la malaria en Bolivia. Revista de Salud Pública Boliviana, Nº 51, año 1993.

jefes de sector, jefes de brigada, asesores, evaluadores y microscopistas. Se establecieron brigadas de trabajadores motorizados, fluviales, montados a pie y mixtas para cubrir los itinerarios de desplazamientos de trabajo que se habían programado.

En 1958, se dio comienzo en todo el país a la “fase de ataque”; se inició el primer ciclo de operaciones de roscado con insecticidas de acción residual (DDT–Dieldrin) para realizar la cobertura integral de las viviendas ubicadas en el área malárica, en ciclos semanales y anuales referente en relación al tiempo de protección que ellos otorgaban; las operaciones de “Evaluación” también se iniciaron simultáneamente con la búsqueda activa de casos por los evaluadores del servicio y la búsqueda pasiva por los colaboradores voluntarios. En esta labor bajo la dirección del Dr. César Carrasco desempeñaron como médicos zonales los doctores Jorge Doria Medina, Luis Lora, Juan Moscoso Aldunate y Heriberto Torres. Por parte del SCISO participaron en la campaña los doctores Harold Frederiksen, Endre K. Brauner, William Mac Quarry y Antonio Brawn; la OPS/OMS brindó su cooperación con los malariólogos Dr. Carlos Miguel Sarmiento, Dr. José Molina García, Dr. Egberto García, Dr. Luciano Martínez, Dr. Silvio Palacios, los ingenieros Alfredo Szarata y Alvaro Martínez y el etnólogo Ivan Riccardi¹³².

El Informe del Dr. César Moscoso de las actividades realizadas y los logros obtenidos el año 1961 señala los siguientes resultados: hasta el presente se había cumplido ya cinco ciclos con pronunciamiento de DDT y dos con Deldrin. En el periodo de evaluación el porcentaje de láminas positivas en el año 1958 era de 7,50% y en 1960 0,98% el porcentaje de localidades con malaria en el mismo periodo había bajado de 22,8% a 4,8%. La morbilidad por malaria, antes de iniciada la campaña, presentaba una tasa de 820 por 100,000 habitantes y después de dos años de la campaña había bajado a 25 por 100,000 habitantes. El Dr. Roberto Vargas en cuanto a la incidencia de malaria en esos años hace el siguiente análisis: “En 1950 se detectaron 1970 casos de malaria; en 1960 y 1961 bajan los casos pero a partir de 1962 comenzaron a aumentar sistemáticamente, solo hay una baja significativa en 1965”¹³³. Esta información se complementa con el trabajo del Dr. Víctor Lora que dice “de los 2,000 casos que se reportaban en los años 60 alcanzó los casi 17,000 en 1980”¹³⁴.

LA ERRADICACIÓN DE LA VIRUELA

La lucha contra la viruela, que se había iniciado al fundarse la República, con el dispositivo de Antonio José de Sucre de hacer traer el fluido vacuno desde Arequipa

¹³² Luis Lora. La Malaria en Bolivia. Revista Salud Pública Boliviana N° 52, La Paz 1993.

¹³³ Roberto Vargas. Obra citada.

¹³⁴ Víctor Lora. Obra citada.

(Perú) y obligar su conservación y propagación, había llegado, al establecer la producción de vacuna mejor elaborada y de mejor calidad, de la que se importaba en el Instituto Médico Sucre y la obligatoriedad de la vacunación y revacunación a constituir un frente de vanguardia fuertemente institucionalizado. Sin embargo, el problema que dificultaba la aplicación de la vacuna líquida, especialmente en los países tropicales residía en que perdía rápidamente gran parte de su actividad a la temperatura ambiente y era difícil conseguir su refrigeración. La técnica de liofilizar la vacuna desarrollada en Francia en 1919 proporcionó la solución. Para la fecha en que se estableció la OMS en 1948, la eficacia de la vacuna liofilizada había quedado bien documentada. Fred L. Soper, entonces Director de la OPS reconoció que la vacuna liofilizada termoestable ofrecía la posibilidad de erradicar la viruela en los países de las Américas y en 1949 propuso al Comité Ejecutivo que los países cooperaran en un esfuerzo por erradicar la viruela en las Américas mediante un programa intensificado de vacunación y revacunación¹³⁵. La vacuna fluida glicerizada del Instituto Médico Sucre que también se producía en el Instituto Nacional de Bacteriología fue substituida por la producción de la vacuna liofilizada en 1967 a cargo del Instituto Nacional de Bacteriología.

El Decreto Supremo 4844 del 27-I-1960 estando de Ministro Julio Manuel Aramayo tomando en cuenta que Bolivia formaba parte de la Organización Panamericana de la Salud en la que se había resuelto y recomendado la erradicación continental de la viruela, determinó la realización de una campaña masiva, debiendo el Ministerio de Higiene y Salubridad, ejecutar esa disposición por conducto del SCISP¹³⁶. La organización de la erradicación de la viruela estuvo a cargo del Dr. Harold Fredericksen y el Dr. Alfredo Jáuregui .

El Dr. Fredericksen, uno de los últimos directores del SCISP como resultado de sus experiencias al montar todo el complejo aparato logístico que había que poner en funcionamiento preparó el *“Manual de Procedimientos Administrativos para la Erradicación de la Viruela”* que se difundió como reglamentó e instrumento administrativo por la OMS en todos los países.

El 23 de enero de 1963 se firmó un convenio entre el Gobierno y la OPS/OMS cuyo objetivo era completar la campaña de vacunación contra la viruela hasta proteger el 80% de la población del país, en el periodo de 1962-1968. Dificultades políticas, económicas y administrativas impidieron la marcha regular al programa, no habiendo sido posible terminarlos en 1968 como había previsto. Desde el comienzo de la campaña hasta fines de 1965 se habían vacunado un total de 1,365,751 personas,

¹³⁵ OPS. Historia de la OPS/OMS, N° especial del Boletín Vol 113, N° 5 y 6. Washington DC 1992.

¹³⁶ Rolando Costa Arduz. Historia del Ministerio de Salud. La Paz 2000.

casa por casa, usando vacuna liofilizada y aplicada según la técnica de multipresión, en tanto simultáneamente, se montaba el sistema¹³⁷.

El año 1959 Bolivia informó sobre 7 casos y en el año 1960, año que se considera como el de la erradicación un solo caso de viruela, en los años 1963 y 1964 se presentaron 3 y 5 casos considerados como importados, según el informe estadístico del Instituto Nacional de enfermedades transmisibles que se presenta en la tabla.

Instituto Nacional de Enfermedades transmisibles.

Casos de viruela. Años 1942 – 1964. Bolivia

Años	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950
Nº de casos	547	286	538	697	1,033	501	831	805	594

Años	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959
Nº de casos	728	432	429	624	372	499	1,310	183	7

Años	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967
Nº de casos	1	0	0	3	5	0	0	0

El Dr. Guillermo Jáuregui Guachalla, al respecto escribía en un artículo sobre necesidades actuales del Ministerio de Salud Pública: *“La viruela, enfermedad endémica que durante siglos asoló a Bolivia ha sido erradicada y a partir de 1960 no se presentó ningún caso más. Desgraciadamente, una gran cantidad de provincias quedaron al margen de esta campaña y constituyen un peligro eminente”*¹³⁸.

FIEBRE HEMORRÁGICA BOLIVIANA (F.H.B.)

Desde 1958, llegaban noticias de que en algunas poblaciones del Beni, se habían presentado casos de una enfermedad desconocida produciendo muchas muertes. Durante los tres años subsiguientes se descubrió que esta enfermedad ocurrió en dos lugares distintos separados por una distancia de 115 kms en la región de San Joaquín de la Provincia Mamoré y en la isla de Orobayaya de la Provincia Iténez. Los dos primeros casos autóctonos en la localidad de San Joaquín se presentaron en diciembre de 1960, extendiéndose a otras localidades y afectando la zona sud de la provincia Mamoré; en noviembre se presentan los primeros casos en Guamayo al este de Magdalena (Iténez) para luego extenderse a la localidad de Orobayaya¹³⁹. A partir

¹³⁷ Mauricio Landaverde y Percy Halkyer. La erradicación de la viruela en Bolivia. Revista Salud Pública Boliviana, Nº 5 año 1993.

¹³⁸ Guillermo Jáuregui Guachalla. Necesidades actuales del Ministerio de Salud Pública. Revista Salud Pública Boliviana, Nº 12 – 1962.

¹³⁹ Edilberto Antezana. Fiebre hemorrágica San Joaquín. Bolivia RSBSP Nº 30, octubre de 1967.

de entonces según el informe del grupo del Dr. Mackenzie “la información sobre morbilidad y mortalidad fue recogidas a través de las comisiones previas enviadas por el Dr. Jáuregui entre mayo y septiembre de 1961. La primera estaba compuesta por los doctores Gregorio Mendizábal y Charles Urdininea del 14 al 16 de mayo; la segunda por el Dr. Rubén Gonzáles y el Sr. René Castro Ibáñez del 17 al 26 de junio; la tercera del Dr. N Torres Muñoz y el Sr. Hernán Rodríguez del 25 de Agosto al 14 de septiembre y la cuarta por los doctores Víctor Bertín y Rubén Gonzáles del 9 al 18 de septiembre. El Dr. Edilberto Antezana nos cooperó en la preparación y el seminario de los datos epidemiológicos previo a nuestra visita. El Dr. René Ramírez, director del Centro de Salud Magdalena, puso a disposición de los autores todo el material clínico y las facilidades hospitalarias así como su experiencia personal¹⁴⁰.

El Informe sobre el brote epidémico que se presentó en el bienio junio 60 a septiembre 1961 que atacó a 198 personas de las cuales 128 se recuperaron y 70 fallecieron en la provincia Mamoré concluye en los siguientes términos: “conclusiones: 1). Se sabe que la epidemia que ha venido desarrollándose en las provincias Mamoré e Iténez, desde principios del presente año, es en realidad una endoepidemia que comenzó en 1959; 2). El germen que ocasiona esta endemoepidemia es una Rickettsia cuyo tipo no se ha establecido aún; 3). Se llegó a catalogar 198 casos de Rickettsiosis en la provincia Mamoré, de ellos 70 fallecidos, 47 casos en la provincia Iténez de ellos 29 fallecidos; 4). Los reservorios probables son los roedores que pululan en los campos y los vectores posibles, pulgas o garrapatas; 5). La presente endoepidemia es esencialmente rural; sólo en los últimos meses invadió la población de San Joaquín; 6). Es de suma urgencia efectuar estudios de campo y de laboratorio; 7). Para ello se recomienda establecer un servicio de control permanente de la actual endemoepidemia y la creación de una sección especializada en el Instituto Nacional de Bacteriología. El informe es firmado por el Dr. Guillermo Jáuregui, Dr. N. Torres Muñoz, Dr. Víctor Bertín y Dr. Rubén Gonzáles¹⁴¹.

A invitación del Dr. Jáuregui, Ministro de Salud Pública, el Dr. Ronald Mackenzie, miembro de la Middle American Resarch Unite (MARU) visitó Magdalena el 19 de mayo de 1962 con los doctores Luis Valverde Chinel y Hugo Garrón, a fines de junio y principios de julio el Dr. Henry K. Beye, entonces Director de MARU, visitó al isla de Orobayaya, Magdalena y San Joaquín del Beni. Entonces, se obtuvieron sueros y especímenes con el objeto de aislar virus y también se estudiaron los informes del Dr. Jáuregui, Nemesio Torres, Bertin y Gonzáles. Después de la visita del

¹⁴⁰ Ronald B. Mackenzie. Los Valverde. Hugo Garrón Herrik Beye. Fiebre Hemorrágica en Bolivia. Informe preliminar RSBSP, N° 19 1963.

¹⁴¹ Guillermo Jáuregui N Torres Muñoz, V. Bertin, R. Gonzáles. Informe Preliminar sobre el brote epidémico de Rickittsiosis que se presentó en el Beni julio 1960, septiembre 1961, RSBSP, N° 7, año 1965.

equipo del Dr. Mackenzie, el Dr. Jáuregui dio su completo apoyo oficial a la investigación constituyendo la “*Comisión Mixta Boliviana Norteamericana*” firmando un convenio y memorando de entendimiento entre el Ministerio de Defensa y el Ministerio de Salud Pública para los estudios científicos e investigaciones de la enfermedad. El Informe preliminar de la Comisión de Investigación del Dr. Mackenzie al Ministro de Salud Pública de Bolivia decía en parte de su introducción: “*Durante varios periodos de investigación en mayo y junio de 1962 los autores encontraron que la enfermedad era epidemiológica y clínicamente similar a la Fiebre Hemorrágica Argentina, la cual se descubrió en 1955*”.

Los hallazgos de laboratorio de los sueros (llevados por la Comisión Mackenzie) a fines de 1962 por el Dr. David Lackman, en el “*Rocky Mountain Laboratorio Nialid*” concluyeron en que no había evidencia serológica de que el tifus o *Rickettsiae*, estuvo implicada de la epidemia, pues aunque se encontraron varios anticuerpos a estos antígenos los títulos eran bajos y distribuidos al azar¹⁴².

En el mes de julio de 1963 dos investigadores de Maru y la esposa de uno de ellos que por primera vez llegaban a Bolivia se enfermaron de fiebre hemorrágica, en igual forma que el Dr. Henry Beye, que lastimosamente falleció. En 1963 el virus Machupo fue aislado en *Colomys Callosus*, no encontrándose este virus en ningún otro roedor ni en otra especie de *Colony Laucha* que es reservorio de la Fiebre Hemorrágica Argentina.

En el universalmente utilizado texto de consulta “*El control de las enfermedades transmisibles en el hombre*” de la OPS (publicación científica N° 538) esta enfermedad está consignada conjuntamente con la fiebre hemorrágica Argentina, con el nombre de Fiebre Hemorrágica Argentina Boliviana (Fiebre hemorrágica por virus Junín, por virus machupo o por arenavirus).

LEPRA

Hasta 1961 habían sido realizadas 8 encuestas epidemiológicas nacionales desde 1942 fecha en la que fue creando el Servicio Nacional de Lucha contra la lepra mediante decreto Supremo. El resultado de esas encuestas daban las cifras de 672 casos confirmados en 2,756 contactos en los ocho departamentos a excepción de Oruro. Existían dos leprosorios, el de San Juan, que después con el misionero Wálter Herrow fue trasladado al Tame en el Beni y el de los “*Negros*” en Santa Cruz, a los cuales por resolución suprema de 1961 se reponía al personal técnico que anteriormente había sido suprimido. El programa del control de lepra en el Beni, desde su iniciación estaba a cargo del Dr. Viador Pinto quien se había especializado en más

¹⁴² Mackenzie y Col. Id.

de veinte años de atender leproso; sus experiencias las volcó en su libro que ha llegado a la segunda edición “*Diario de un Leproso*”. La vida de este distinguido profesional beniano, políglota por interés y esfuerzo propio (había aprendido sin maestros inglés y francés) estuvo ligada íntimamente a la búsqueda y alivio como él decía; “*a los infelices leproso no como especialista sino como médico*”. Vivió años con ellos y sus problemas, antes y después de los leproso, de San Juan y el Tame y nunca los abandonó aun siendo médico de la Caja, Director del Hospital y Director del Distrito de Salud del Beni. Como muy pocos era la imagen del médico bueno, buen médico; ha dejado en su pueblo la memoria llena de reconocimientos y en los que tuvimos la suerte de conocerlo en su dimensión del médico que necesita el país, una necesidad permanente de imitarlo.

El Dr. Carlos Sisiruca, experto de la OPS/OMS trajo en 1961 nuevas orientaciones y enfoques novedosos para el control de esta endémica como el acortamiento del tiempo de aislamiento de los enfermos en los leproso de tipo colonial y la creación de servicios antileproso regionales. Los leproso adaptándose a la dinámica de los servicios antileproso regionales se transformaban en sanatorios en donde iban los enfermos no ya en forma compulsiva sino con criterio médico¹⁴³. En 1964 se llevó a cabo en Santa Cruz el 1º Seminario nacional de Lepra, auspiciado por la OPS/OMS donde se lanzó las ideas de la atención ambulatorio de lepra, ante el asombro del cuerpo médico cruceño, que solo fue aceptada con la explicación del Dr. Celio de Paula Mota, asesor de la OPS/OMS que refrendó lo dicho por el personal nacional. Una de las recomendaciones que se dio fue el traslado del Departamento Nacional de Lepra del Ministerio de Salud a una de las ciudades de Trinidad o Santa Cruz que estaban en área leprosa. Esta recomendación se hizo efectiva muchos años después llevando la Dirección Nacional de Lepra a la ciudad de Santa Cruz. La Dra. Norah Siles que desde el cumplimiento de su año de provincia en Los Negros se quedó en el servicio ascendiendo con el tiempo a Directora, asumiendo, después, el cargo de Directora Nacional de Lepra, en la lucha contra las enfermedades encontró su verdadera vocación y a ella se dedicó íntegramente sin veleidades, con su natural sentimiento de consuelo y cariño a los desolados leproso, cumpliendo como mujer y médico, una brillante labor profesional.

CAMPAÑA NACIONAL DE VACUNACIÓN ANTIPOLIOMIELÍTICA

El Dr. Cecilio de Vega, coordinador científico de la Cyanamid International y experto en virología y endocrinología visitó el país y dictó en la ciudad de La Paz una Conferencia de Vacunación contra la Poliomiélitis, presentando en relación a la poliomiélitis vacunación e inmunización los esquemas comparativos de la vacuna

¹⁴³ Carlos Sisiruca. Nuevas orientaciones en la lucha antileprosa. Revista de Salud Pública Boliviana Vol I, N° 1 – 1960.

oral y del tipo Salk¹⁴⁴. La campaña fue organizada y dirigida en 1962 por el Ministro de Salud Pública, Dr. Guillermo Jáuregui, habiéndose encomendado la responsabilidad ejecutiva a la Dirección Técnica Normativa a cargo del Dr. Julio Bustillos y la supervisión general del programa al jefe de la División de Enfermedades Transmisibles, Dr. Nemesio Torre Muñoz, a la directora del Departamento de Educación para la salud Mary Educe Meret, a la División de Fomento de la Salud, Dr. Wálter Julio Fortún y al Director de Estadística Antonio Tapia.

La campaña se inició en las ciudades de La Paz y Cochabamba, en todas las comunidades de más de 5,000 habitantes y para niños de 6 meses a 4 años de edad, utilizando inicialmente 16,000 dosis de vacuna oral “*Lederle*”.

La campaña en su primera etapa hizo el estudio epidemiológico de toda la población infantil de menores de cuatro años. La segunda fase, la vacunación propiamente dicha mediante la aplicación por vía oral de la dosis de vacuna, la primera se realizó en junio en La Paz y a la población infantil de Cochabamba en julio; la segunda aplicación de la vacuna se realizó en agosto en ambos distritos. Durante la campaña se tomaron muestras de sangre y materia fecal en niños que fueron seleccionados para realizar estudios y análisis sobre el estado inmunitario conferido. La vacunación se extendió a determinadas áreas de los departamentos de Santa Cruz, Oruro, Chuquisaca, Pando, Potosí y Tarija llegando a vacunarse a 47,411 niños, 46.0% de la población programada. El Informe con sus resultados fue presentado a los VII° Congreso Panamericano, VII° Congreso Sudamericano y I° Ecuatoriano de Pediatría realizado en Quito, Ecuador en agosto de 1963¹⁴⁵.

Los casos de Poliomiелitis eran muy raros sobre todo en su forma paralítica y no se tenía registro oficial, puesto que en la lista de enfermedades consideradas de declaración obligatoria (Decreto del 3 de mayo de 1939), esta enfermedad no figuraba entre las 33 seleccionadas prioritariamente. Los registros organizados en Vigilancia Epidemiológica señalan la aparición de casos a fines de 1969.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS DE SALUD Y PROGRAMAS ESPECIFICOS

PROGRAMAS ESPECIALES

Con el SCISP el Gobierno había iniciado el proceso de penetración con servicios de salud, a las áreas rurales, del oriente boliviano, prestando atención a los campesinos

¹⁴⁴ Dr. Cecilio de la vega. Vacunación contra la Poliomiелitis. Revista Boliviana de Salud Pública, N° 11, 1962.

¹⁴⁵ Guillermo Jáuregui Guachalla, Cecilio de Vega, Julio Bustillos, Ediberto Antezana, Antonio Tapia. Revista Salud Pública Boliviana. Vol IV, N° 19, año 1963.

productores de la goma; primero, para después extender las unidades de salud locales (Centros de Salud y Puestos Sanitarios) a las capitales y principales provincias y la Caja de Seguro y ahorro obrero con sus representantes en el Consejo Directivo de los empresarios mineros grandes, medianos y pequeños y de los fabriles (1943 Gualberto Villaroel). La voluntad política estaba en disposición de brindar atención en caso de enfermedad a los trabajadores. Campesinos, con la reforma agraria y a obreros mineros con la nacionalización de las minas que constituían las fuerzas del poder de la Revolución Nacional que debían ser el objeto de la atención de la salud. En el caso del campesinado ya en el Gobierno de Peñaranda estando de Ministro Abelardo Ibañez Benavente, se había creado el Departamento de Asuntos Indígenas con una amplia gama de atribuciones correspondientes a salubridad, educación, economía, hacienda, formación y educación.

En el caso del campesinado, si bien no se dictaron resoluciones específicas, la preocupación del Ministerio de Salud y de la Sociedad Boliviana de Salud Pública se manifiesta en una serie de propuestas sobre la salud Rural, creándose un departamento en coordinación con el Proyecto Nacional de Desarrollo Rural, organismo interministerial y con financiamiento del punto IV; el establecimiento del proyecto de Pillapi, como área piloto de integración de Salud, Producción de alimentos, saneamiento básico y las propuestas de Seguro Social Campesino. Por otro lado, el Ministerio de Salud Pública en cooperación con el Proyecto de Desarrollo de Comunidades y los Fondos de Inversiones del presupuesto regular, fue creando convenios con las comunidades para la construcción de establecimientos de salud, por los cuales los pobladores ponían la mano de obra y el material para la obra gruesa y el Ministerio el acabado, puertas, ventanas, techado y equipamiento.

En el caso de los mineros con la nacionalización de las minas los servicios médicos de la Comibol se constituyeron en una organización gigantesca con una infraestructura física, de recursos humanos suficientes para los trabajadores y familiares de las minas nacionalizadas. Se llegó a instalar 31 hospitales de especialidades, 5 policonsultorios con 37 puestos médicos y sanitarios, 28 consultorios dentales en los cuales prestaban servicios 1220 personas diferenciadas en 194 médicos, 35 dentistas, 27 químicos farmacéuticos, 151 enfermeras, 23 técnicos, 302 auxiliares de enfermería, 54 empleados administrativos y más de 500 del personal de servicios. La planificación y la formulación de proyectos con OPS/OMS y su implementación por parte de UNICEF, contribuyeron al desarrollo de la infraestructura sanitaria en las áreas rurales, y en las ciudades y capitales de departamento se inició la construcción de los servicios altamente especializados y de investigación con el apoyo bilateral entre países y del Punto IV USAID de EE.UU

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD OCUPACIONAL

John L. Bloonfield, consultor regional en Higiene Industrial de ICA, al referirse a los inicios de la preocupación de la salud del trabajador en su medio de trabajo de nuestro país, en uno de sus artículos escribía: *“nada se hizo para mejorar la suerte de los mineros bolivianos durante siglos y aún en años recientes sólo hicieron esfuerzos aislados para mejorar las condiciones de trabajo e indemnizar a aquellos que habían sido lesionados”*. Es sólo al terminar la II Guerra Mundial que fue iniciado un programa de Salud Ocupacional como resultado del esfuerzo conjunto de los Gobiernos de Estados Unidos y Bolivia. El programa comenzó como un proyecto bienal en octubre de 1945 cumpliéndose al finalizar el año 1947 cuando el convenio expiró, debido al fracaso del Gobierno boliviano para continuar con el trabajo iniciado. En 1952 el gobierno boliviano nuevamente pidió ayuda técnica a los Estados Unidos de América asignándose un consultor estadounidense que se hizo cargo de la reactivación de esta labor dentro de la estructura del SCISP en la División de Higiene Industrial que era una de sus divisiones.

En aquel tiempo, según el Ing. Bloonfield *“fue posible obtener la cooperación de los Ministerios de Trabajo y de Minas y Petróleo; el primero prestó cierto equipo técnico mientras que el segundo proveyó de local al programa en el edificio del ministerio”*.

El Convenio sobre el proyecto estableciendo el nuevo Programa de Salud fue firmado el 25 de junio de 1953. Entonces, fue posible reclutar personal y alquilar equipo de laboratorio y de campo a la vez que las oficinas; durante el primer año se realizó una inspección preliminar sobre 523 plantas industriales que empleaban 60,350 obreros. De esta manera fue posible entrenar personal para este trabajo y determinar los problemas de salud obrera en la industria boliviana para poder sentar las bases de un programa eficaz.

Un estudio realizado en esa oportunidad por la División de Salud Ocupacional dio los siguientes resultados ¹⁴⁶ *“se encontró que de los 27,000 mineros que trabajaban en interior mina, aproximadamente el 18% habían contraído silicosis y el 2,4% padecía de silicotuberculosis aumentando los costos de indemnizaciones debido a las consecuencias de esta enfermedad. Así, en 1959 la Caja Nacional de Seguridad Social, pago por concepto de indemnización el equivalente de algo más de un millón de dólares a 9,353 obreros incapacitados por “enfermedades y accidentes profesionales”. En 1960 el número de rentistas aumentó a 9,877 casos y habían 1,500 nuevas solicitudes de indemnizaciones”*.

¹⁴⁶ Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública. Bodas de Plata. Memorias 1962–1987. Marco histórico. Manuel Nacif Isa. Director INSO.

En 1961 la División de Salud Ocupacional que fue transferida del SCISP al Ministerio de Salud Pública, al comenzar el año anterior, formaba parte en su organigrama de la División Nacional de Organismos Interministeriales bajo la dirección del Dr. Alberto Gumiel y la asesoría directa del Ing. Amadeo Landri de USAID. En 1958 se editó el libro “Salubridad del Trabajo” por un comité de redacción por el Ing. Wálter S. Shurkin, director de la Comisión, Dr. Alberto Gumiel, jefe asociado y los ingenieros y químicos Alberto Scholz, J. Delgado C. Cardozo, J. Gonzáles y dibujante A. Silva¹⁴⁷ que constituye el primer aporte nacional como texto de la especialidad sobre la materia.

En el año 1962 con Guillermo Jáuregui C, como Ministro se da curso a un decreto (nº 6278 del 16.X) que crea el Instituto de Salud Ocupacional como único organismo gubernamental normativo de las actividades de salud ocupacional en el país. *“Queda encargado de centralizar, integrar y coordinar todos los recursos del país en esta materia manteniendo como organismos ejecutivos a los Departamentos de Salud Ocupacional de la Cooperación Minera de Bolivia, Yacimientos Petrolíferos Fiscales Bolivianos, Caja Nacional de Seguridad Social y los que determine el Instituto”*. Un Consejo Técnico Administrativo formado por representantes de los Ministerios de Salud Pública, de Trabajo y Seguridad Social de Minas y Petróleos y de la Caja Nacional de Seguridad Social presidida por el Ministerio de Salud, tendrá a su cargo la Dirección y Supervisión de los planes y programas del Instituto, gozando de autonomía técnica y administrativa en materia de Salud Ocupacional. En 1963 (R.S. 6362 de febrero) para la construcción del Edificio, el Gobierno aporta con el terreno ubicado en el Hospital de Miraflores; y con los aportes del Convenio, se inicia la construcción, entregándose la obra y su inauguración el 19 de julio de 1964 por S.E. el Dr. Víctor Paz Estenssoro.

Hasta el año 1965 está completamente equipado y organizado de acuerdo a su reglamento de funciones (R.S. 06473 mayo 1963): Dirección, Tratamiento de Salud Personal; División de Saneamiento Ambiental, División de Laboratorios; con la evolución del Instituto esta primera organización dada por el decreto de referencia, extendiendo sus acciones a las unidades sanitarias y contemplando la coordinación con otros sectores y los avances tecnológicos definió su estructura formal en Dirección, Oficina de Planificación, los departamentos de Higiene y Seguridad Industrial, Medicina del Trabajo, Recursos Humanos y Desarrollo Social, Administración y Programación de Unidades Sanitarias.

El INSO se constituía, así, en una organización que tenía que afrontar el desafío de atender en salud ocupacional y medicina del trabajo, a la mayor parte de la fuerza

¹⁴⁷ Manuel Nacif Isa. Salud Ocupacional. La Paz 1996.

laboral (de acuerdo al censo de 1950 de aproximadamente 3,300,000 habitantes, 1,350,000 obreros constituían la fuerza laboral y de ellos 60,000 4.4% mineros) que había sido definido como objeto del Plan para Desarrollar un Programa de Salud Ocupacional en Bolivia “*que había sido propuesto en 1960 por Johnny Bloonfield*”.

EL HOSPITAL LUIS URÍA DE LA OLIVA

Construido en los predios adquiridos por la antigua Caja de Seguro y Ahorro obrero se inauguró el 8 de diciembre de 1959 como sanatorio para el control de la tuberculosis con las siguientes características: albergaba solamente a varones, los pacientes ingresaban con diagnóstico de tuberculosis o silicotuberculosis no siendo necesaria que esta sea complicada, dependía de los servicios de alimentación, farmacia, lavado y planchado del Hospital Obrero y no poseía laboratorio pero sí un aparato de Rayos X vertical para fluoroscopia. Su primer director fue el DR. Jaime Valverde Sosa, fisiólogo tarijeño, después Director Médico de la CNSS, con él trabajaron los Dres. Julio Vacaflor, Pastor Guillen, Eliodoro Rodríguez, Julio Ventura, Enrique Galindo y Charles Urdinia. Posteriormente, el sanatorio deja de ser hospital para tuberculosos y silico-tuberculosos exclusivamente y amplía su atención al enfermo broncopulmonar cualquiera que sea su sintomatología cambiando su nombre por el de Hospital Neumológico Luis Uría de la Oliva. El Dr. Arce Castrillo presidente de la lucha contra la tuberculosis y catedrático de neumología complementó los servicios de endoscopia, cardiología y servicios de cirugía torácica, integrando la enseñanza universitaria de pregrado en Neumofisiología. Posteriormente, bajo la dirección del Dr. Víctor H. Iturri y Dr. Edgar Moreno se convierte en Clínica-Hospital N° 8 de la Seguridad Social con la fisonomía del Hospital General, bajo el criterio de tratamiento ambulatorio de enfermos tuberculosos y consecuente mayor disponibilidad de camas.

EL INSTITUTO NACIONAL DE TÓRAX

Fue inaugurado el 20 de diciembre de 1959, bajo la gestión de Julio Manuel Aramayo como Ministro de Salud, “*como la culminación de los esfuerzos de varias generaciones de médicos dedicados a combatir la tuberculosis pulmonar y las enfermedades cardíacas más frecuentes según uno de sus directores*”¹⁴⁸. Fue el Dr. Florentino Mejía Gandarillas notable profesor de Anatomía Descriptiva y Cirujano de Tórax, quien desde su tesis de grado “*Colapsoterapia por neumotórax artificial para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar (año 1932)*”, que personalmente asistió a la culminación de todos sus esfuerzos con la entrega al público de esta obra de su creación. Terminada la misión del Hospital de traumatología y ortopedia del Banco

¹⁴⁸ Pedro Jáuregui. El Instituto Nacional de Tórax. Crónica Aguda, N° 40. La Paz 2 de noviembre de 1988.

Central en la avenida Arce, logró que el local fuera transferido al departamento de Lucha contra la tuberculosis, trasladando los enfermos asilados al local del “*Seminario conciliar Domingo Savio*” convirtiéndose en el conocido desde entonces, Hospital Broncopulmonar que funcionó durante 17 años. Logró que el Gobierno del Dr. Enrique Hertzog le autorizara por Decreto Supremo la construcción de un pabellón de Broncopulmonares en los terrenos del hospital de Miraflores; tanto la construcción como el equipamiento y su funcionamiento que estuvo a su cargo, recibieron la certificación correspondiente de haberse seguido las normas establecidas por la Federación Security Agency Health Servicio. El Dr. Mejía, en su trabajo Reseña Histórica del Instituto Nacional del Tórax (INT) ¹⁴⁹ escribe: “*terminado el edificio que se hacía majestuoso e imponente, equipado con los elementos más modernos de la época, previstos por mí, no solamente para la atención del enfermo broncopulmonares sino también cardiovasculares y otras enfermedades propias y concomitantes del tórax dio lugar a que yo cambiara el nombre por el de Instituto Nacional de Tórax, cambio que fue aceptado por el Ministro y refrendado, mediante Resolución respectiva*”.

El Instituto fue puesto en funcionamiento en abril de 1960 bajo la Dirección del Dr. Florentino Mejía, nombrándose Jefe del Departamento de Cardiología al Dr. Armando Morales Guzmán, en neumología al Dr. León Arce Castrillo y en Cirugía al Dr. Marcelo Navajas Arana. Poco a poco el Instituto se enriqueció tecnológicamente con la actuación de los doctores Emilio Salgueiro y Javier Bilbao formando un equipo cardiovascular; el equipo clínico se constituyó con los doctores Santiago Medeiros en Neumología y el Dr. Hernán Ciales para Cardiología, El Dr. Rubén Galindo Villanueva, con especialidad en Francia, al retornar al país, durante una breve temporada, propuso un Plan de Organización del Servicio Médico Quirúrgico para afecciones torácicas¹⁵⁰.

HOSPITAL DEL NIÑO EN TRINIDAD

Una información de la Revista Boliviana de Salud Pública ¹⁵¹ se refiere a que una “*sencilla y modesta historia con ribetes de pequeña epopeya acaba de presentar su último acto en el escenario de la ciudad de Trinidad donde hoy se levanta un moderno edificio hospitalaria, cuya construcción demandó 17 meses de intenso trabajo*”. Se refería a la inauguración del Hospital del Niño el 18 de noviembre de 1961, en esa ciudad beniana, a donde después de egresar de médico en Chile, el Dr. Hans

¹⁴⁹ Dr. Florentino Mejía. Reseña Histórica del Hospital del Tórax. Crónica Aguda, año 1, N° 45. La Paz 1988.

¹⁵⁰ Rubén Galindo V. Organización de Centros de Diagnóstico y tratamiento de afecciones torácicas. Revista de Salud Pública Boliviana Año II, N° 11, 1962.

¹⁵¹ Revista Boliviana de Salud Pública. Hospital del Niño en Trinidad, N° 2, 1961.

Dellien S. había retomado a su tierra natal, con el afán de contribuir a la salud de su pueblo, y ahora coronaba sus esfuerzos. Al llegar a Trinidad, el Dr. Hans Dellien, coopera en el Centro de Salud instituido por el SCISP como pediatría introduciendo la rehidratación oral en los casos de diarrea aguda de los niños, creando varios puestos periféricos. Acompañado siempre de su esposa, consiguió interesar a la población en la construcción de un hospital para niños y mediante kermeses, tómbolas y rifas inició la recaudación de fondos consiguiendo el terreno que *“era un foco infeccioso como depósito de basura y que atentaba contra la higiene y urbanización de la ciudad”*. Con el apoyo de todo el pueblo trinitario, el Ministerio de Salud y el SCISP hizo que su proyecto original fuera aprobado, al llegar a Director del Centro de Salud. Los planos definitivos fueron elaborados por el Ing. Guillermo Dávila y Raúl Ocampo del SCISP y la dirección de la obra correspondió al ingeniero regional Pedro Parada que inició la construcción en los terrenos cedidos por la Comisión de Deportes del Beni. El hospital estaba compuesto por dos cuerpos construidos de ladrillos y cemento en una extensión de 1,800 metros². Se contaba con un consultorio externo, farmacia, laboratorio, departamento de nutrición y pabellón de hospitalización para lactantes como para niños mayores hasta seis años, después además de un pabellón de cirugía debidamente equipado e instalaciones de agua, servicios sanitarios y servicios generales fue le primer hospital del niño construido en el oriente boliviano y posteriormente al fundarse el Hospital actual con la cooperación de UNICEF y la OPS/OMS se convirtió en el Centro de Salud actual.

ESTADÍSTICAS VITALES Y SANITARIAS

El SCISP en su plan inicial había considerado establecer las estadísticas sanitarias en las unidades locales, sin cuya aplicación no era posible hacer planes ni programas para evaluarlos diseñando una serie de formularios para la recolección de información de las actividades realizadas en los programas, la historia clínica y la declaración obligatoria de las enfermedades transmisibles. En su periodo de realizaciones, en la División de Planificación y Evaluación de Programas, que estaba a cargo del Dr. Carlos Ferrufino, donde se inicia el proceso de programación de actividades se creó el departamento de Estadísticas. El Dr. Hanz Bruch, abogado, con estudios de estadística en la Universidad de Chile y la Universidad de North Carolina, Master en Ciencias de la salud, doctorado en estadísticas de la Universidad de Pittsburgh que se había iniciado como estadístico en el Centro de Salud, La Paz había asumido la jefatura de estadísticas del SCISP. A él se debe la organización del Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública del que fue asesor del jefe de ese departamento el Sr. Antonio Tapia, estadístico, formado en Chile, en la Cepal y la implantación en los establecimientos de salud del registro de la mortalidad y morbilidad según la “Lista Internacional de Enfermedades (CIE) y Causas de defunción”. En 1930 por Decreto Supremo, se había instituido la declaración obligatoria

de las enfermedades transmisibles en los servicios de salud. En 1948 la Primera Asamblea Mundial de la Salud había puesto a disposición de los países recomendando su aplicación la 6ª División de la Lista Internacional de Enfermedades y Causas de defunción y la creación de Comités Nacionales. En 1950 (Decreto Supremo N° 1977) se creó en el Ministerio de salubridad, como consultoría ad honorem el Comité Nacional Permanente de Estadísticas Vitales y Sanitarias adoptando para todo el territorio la lista internacional de Enfermedad y causas de defunción. En 1961 (D.S. 5736) se instituyó el Certificado Médico de Defunción, previo a toda inhumación de acuerdo al modelo recomendado por la OMS en la que se debía establecer con precisión; a) la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente; b) causas, antecedentes, estados morbosos si existiera alguno que produjeron la causa anteriormente consignada, mencionándose en último lugar la causa básica o fundamental y c) otros estados patológicos significativos que contribuyen a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o el estado morbo que los produjo; c) para la difusión del modelo, el Dr. Jáuregui organizó cursos de capacitación a técnicos de estadística para impartir instrucciones de su llenado a los médicos dictándose seminarios y talleres a cargo del estadístico Antonio Tapia. En el 1º Congreso Nacional de Salud Pública, llevado a cabo en La Paz en 1961 más del 80% de los certificados médicos examinados eran deficientes o incompletos.

El Dr. Hans Brunch fue contratado al INCAP, ascendió a jefe regional de estadística y después jefe de la Oficina de estadística de la Organización de la Salud donde se jubiló. Por su parte el Ing. Guillermo Dávila, que después de trabajar en el SCISP como jefe de la División de Ingeniería Sanitaria ascendió en la OPS/OMS como consultor en varios países a jefe de los programas de abastecimiento de agua y saneamiento. Ambos profesionales bolivianos formados por el SCISP en su país son dignos representantes de la Salud Pública Boliviana.

Del resultado del análisis de la Situación de la Salud, que se realizó en la Iª Conferencia Nacional de Salud Pública (24-27 julio 1961) hemos recolectado alguna información transcribiendo, tal como son presentadas en los informes y publicaciones de la Revista.

En el N° I de la Revista de Salud Pública de 1960 en relación a la mortalidad infantil se encuentra esta referencia: *“la mortalidad infantil es un reflejo de nuestra grave situación en salud pública por el predominio de enfermedades transmisibles, falta de saneamiento ambiental, la promiscuidad, pobreza e ignorancia. El 50% de las defunciones infantiles no son notificadas. Las siguientes cifras obtenidas en ciudades son muy ilustrativas al respecto: en 1.944, 207 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos; en 1953, 159 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos. La mortalidad infantil aumenta por supuesto en las áreas rurales y también en los centros*

mineros; citamos el siguiente ejemplo: en una empresa minera nacionalizada se registró en 1956 una mortalidad de 52.8% pues de 263 nacidos habían fallecido 140 en el primer año de vida”.

El Dr. Guillermo Jáuregui Guachalla, en su Resumen del estado actual de la salud Pública en Bolivia (RBSP N° 10–1962) da los siguientes datos: *“Extensión territorial de Bolivia 1,098,581 kms con una población estimada para 1960 de 3,462,000 habitantes con una población joven que constituye el 48,25% de menores de 4 años. El crecimiento anual es de 1,4%. La población tiene un predominio rural de 66.1% sobre la urbana que es de 33,9%. La densidad llega a 4.4 habitantes por km². Se estima que la tasa de mortalidad general disminuye lentamente llegando en 1962 al 17 por mil y la mortalidad infantil de 110 por mil nacidos vivos”.*

De las cinco primeras causas de muerte en la zona urbana donde el registro es más preciso que en las zonas rurales tenemos: 1) enfermedades de la primera infancia (110.8 x 100,000 hts) tuberculosis (104.2 x 100,000 Hts) 3) enfermedades cardíacas (871 x 100,000 hbts) 4) neumonías (59.6 x 100,000 hts) 5) Bronquitis (45.3 x 100,000 hts). Las tasas de morbilidad son las siguientes: 1. Enfermedades del aparato respiratorio (249.5 x 100,000 hts) 2. Infecciones parasitarias (177.30 x 100,000) 3. Enfermedades del Aparato Digestivo (159.73 x 100,000) 4. Partos y complicaciones de embarazo y puerperio (86.85 x 100,000 h) 5. Accidentes y otros (66.88 x 100,000). En cuanto a las enfermedades transmisibles las principales son: tuberculosis, influenza, paludismo, coqueluche y sarampión. Con referencia al saneamiento ambiental y particularmente a agua potable puede tomarse como índice para todo el país, los resultados de las encuestas realizadas en Chuquisaca y Tarija: el 70% de la población urbana no dispone de agua potable, el 30% restante cuenta con servicios anticuados e insuficientes esta situación es extensiva a los departamentos de La paz, Cochabamba, Potosí y Oruro alcanzando solo el 20% en las ciudades de Santa Cruz, Beni y Pando. En relación a los recursos humanos según la encuesta realizada de recursos materiales y humanos (Recursos Sanitarios 1963) el número de médicos era 24 por 100,000 habitantes para toda la República con variaciones de 7 en Pando y 36 en La Paz. Existían 977 médicos en toda la República con la siguiente distribución: medicina general 285, obstetricia ginecológica 62; pediatría y cirugía infantil 64; salubridad 18; médicos cirujanos 460 y otras especialidades 88. El país contaba con 433 enfermeras, 734 auxiliares de enfermería, 66 matronas graduadas, bioestadísticos solamente 2 a nivel ministerial y 3 en otras instituciones. Para las necesidades de atención médica en 1964 existían en el país 197 establecimientos de salud de las cuales 22 eran hospitales, 17 centros de salud, 64 centros de salud hospital, 33 puestos médicos y 64 puestos sanitarios, se registraban 4,428 camas distribuidas así: Corporación Minera de Bolivia 1,455 camas, caja Nacional de Seguridad Social 623 camas. Ministerio de Salud 2,050 y Sector Privado 300 camas.

En el artículo Indicadores de Salubridad económica y cultura en Puerto Rico y América Latina, de los doctores Gustavo Molina y Fred Noam, en la Revista de Salud Pública Boliviana N° 14 de 1963 se encuentran las siguientes cifras para Bolivia en la tabla N° 2 sobre cambios en la expectativa de vida y tasas de mortalidad seleccionadas: expectativas de vida al nacer año 1950, 39–41, 1960: 43–47, mortalidad general: 1950, 22.0 1960: 20.2. Mortalidad infantil 1950: 106.5, 1960 90.7, mortalidad por tuberculosis 1950, 47.4, 1960. 55.6 y mortalidad por malaria 1950 45.0, 1960: 16.6.

HOSPITAL DEL NIÑO DE LA PAZ

En el Gobierno de Hertzog el año 1948, siendo Ministro de Higiene y Salubridad el Dr. Juan Manuel Balcázar; Director General de Sanidad el Dr. Néstor Salinas Aramayo, Catedrático de Pediatría y Director de la División de Planeamiento y Proyectos del S.C.I.S.P. El Dr. Carlos Ferrufino Burgoa, se dio curso a una disposición (Ley del 20 de Mayo de 1947) por la cual “*a partir de los beneficios otorgados por la Lotería Nacional y el asesoramiento y cooperación del S.C.I.S.P. se efectuarán trabajos, de los cuales los más importantes correspondían a las obras del Hospital de Niños y Pabellón de Broncopulmonares de La Paz*”¹⁵². Esta disposición venía a abrir el camino de la brillante idea de la Sociedad Boliviana de Pediatría, que fundada el 7 de abril de 1943 había iniciado sus actividades propugnando la creación de un Hospital del Niño¹⁵³. En el periodo de Gobierno de Mamerto Urriolagoitia, siendo Ministro el Dr. Félix Veintemillas se logró crear la Junta de Directores del Hospital de Niños de La Paz (R.M. N° 2185 de 15 de septiembre de 1949) “*con la finalidad de supervisar y ayudar a la construcción, equipamiento y funcionamiento de ese hospital*”. Anteriormente en un Congreso realizado en Buenos Aires, los delegados pediatras de Bolivia lograron que las Sociedades de Pediatría de Sudamérica hicieran un pedido formal a la OPS/OMS y el UNICEF para que participen activamente en el Proyecto. En 1950 se constituyó el Comité Médico Técnico del Hospital del Niño, conformado por el Dr. Néstor Salinas Araujo en representación del Gobierno, el Sr. Félix Lamela, Representante de Organismos Internacionales y por los Dres. Carlos Ferrufino, Cecilio Abela Deheza y Luis V. Sotelo por la Sociedad de Pediatría. Definido el Plan General Técnico y aprobado el proyecto se inició la construcción del Hospital del Niño, con fondos proporcionados por el Gobierno para el levantamiento de la estructura física, el equipamiento y provisión de enseres, incluyendo el sistema de calefacción por parte de UNICEF. La OPS/OMS contribuyó con la adjudicación de becas para la preparación de médicos y enfermeras y el S.C.I.S.P. para la capacitación del personal administrativo. La construcción de la

¹⁵² Rolando Costa Arduz. Historia del Ministerio de Salud. La Paz, 2000.

¹⁵³ Jorge Brun S. Historia del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”.

obra estuvo a cargo del Ingeniero Alberto Contreras de la Empresa Constructora Quisbert y la Dirección a cargo del Dr. Cargos Ferrufino, designado con carácter ad-honorem por el Gobierno.

En el año 1953 se había terminado la obra gruesa del hospital, proyectada para una capacidad de 212 camas, pero a consecuencia de la Revolución de 1952 las obras quedaron paralizadas durante todo el periodo de gobierno del MNR. EL año 1971 en los periodos sucesivos de los Ministros de Previsión Social y Salud Pública de los Dr. Guillermo Aponte Burela y Javier Tórres Goitia se iniciaron los trabajos de obra fina con los que se parecía concluir el trabajo, el que fue nuevamente interrumpido debido al golpe de estado militar, aunque no por mucho tiempo. Fue pues, en 1972 que se terminó la obra durante el Ministerio de Carlos Valverde Barberí, abriendo sus puertas para la admisión de pacientes el 10 de agosto con una disponibilidad de 50 camas, habiéndose internado durante su primer día de trabajo 12 pacientes¹⁵⁴. El Hospital del Niño empezó sus actividades con el material que fue trasladado del antiguo Pabellón de Pediatría del Hospital de Miraflores, que se encontraba a la izquierda del ingreso al propio hospital, en el primer cuerpo del edificio pabellonar.

Los servicios que se iniciaron en aquella época según sus historiadores, fueron de pediatría general, ortopedia y traumatología, cirugía general y quemados, estando a cargo de los Dres. Eduardo Vela, Anibal Rivero Delfín, Franz Prudencio, Víctor Hugo Chávez y Armando Barrios. El primer Director del Hospital del Niño fue el Dr. Alfredo Negrón Méndez, al que han seguido los Dres. Gonzalo Quiroga, José Montes, Grover León Sanabria, Víctor Hugo Chávez, Eduardo Aranda, Humberto Zelada, Ovidio Aliaga, José Antonio Seoane. El Hospital ha tomado el nombre del Dr. Ovidio Aliaga Uría como justo reconocimiento al trabajo incansable y especial dedicación de este digno representante de la pediatría boliviana, que logró que el Hospital del Niño bajo su dirección sea nombrado el mejor hospital de Bolivia en el año 1988. El Hospital con una capacidad de 149 camas, con un promedio de ocupación de 72,45%, en consulta externa atiende anualmente aproximadamente a 18.527 pacientes , con un promedio de 1.500 menores de 14 años por mes. Anualmente se internan aproximadamente 3.199 pacientes , con un promedio de 267 admisiones por mes, en los siguientes servicios: infectología, gastroenterología, neurología, traumatología y cirugía. Desde su fundación el hospital ha desarrollado una meritoria labor académica en la enseñanza de la materia de pediatría de pregrado que se había iniciado con el Dr. NÉSTOR Salinas Araujo en el pabellón de pediatría del Hospital de Miraflores y el programa de Residencia Médica con grandes problemas que vencer hasta llegar a consolidar el Curso Formal de Postgrado en Pediatría, bajo la modalidad de Residencia Médica con la participación de especialistas y profesores de pediatría.

¹⁵⁴ Jorge Brun, Id

INSTITUTO BOLIVIANO DE BIOLOGÍA DE ALTURA (IBBA)

Uno de los acontecimientos de mayor jerarquía de este periodo en el campo de investigación médico científica, es la creación y desarrollo del Instituto Boliviano de Biología de Altura (IBBA), que se inicia con el D.S. N° 06435 de 19 de abril de 1963, estando de gobernante en el país el Dr. Víctor Paz Estenssoro y de Ministro de Salud Pública el Dr. Guillermo Jáuregui Guachalla. El acuerdo de su creación fue firmado mediante un convenio entre los Gobiernos de Francia y Bolivia. El Instituto se inició bajo una triple supervisión, por parte de Francia, del Ministerio de Asuntos Exteriores y por parte de Bolivia del Ministerio de Salud Pública y de la Universidad Mayor de San Andrés de La Paz, recibiendo además el apoyo de organismos franceses de investigación como el Instituto de Investigación Científica para el Desarrollo en Cooperación (ORSTOM) y el Instituto Pasteur de París.

Como iniciador de los estudios de la vida en las alturas se señala en el ámbito nacional, al Dr. Efraín Donoso Torres, Médico de S.C.I.S.P., que creó el Comité Nacional de Deportes, en el cual se planificaron y realizaron trabajos de investigación relacionados con la altura en la década del 40 y que fueron publicados en el Boletín del Comité¹⁵⁵, destacándose la misión a Arica con un grupo de estudiantes para estudiar las modificaciones producidas por el organismo por el cambio al nivel del mar.

Se iniciaron los trabajos del Instituto en los ambientes del Edificio de la Facultad de Medicina, cedido por el Decano, el Dr. Remberto Monasterios, siendo su primer Director el Profesor Jean Vellard, quien por entonces se encontraba en el país realizando estudios de antropometría en diferentes regiones. Los primeros profesionales que trabajaron en las investigaciones del IBBA fueron, el Dr. Jorge Ergueta Collao, el Dr. Luis Alexander, el Dr. Alvaro Pantoja. En 1964 el Dr. Vellard dejó el Instituto y el cargo de director fue ocupado por el Dr. Jorge Ergueta Collao como resultado de la convocatoria al concurso de selección.

Los trabajos iniciales sobre antropometría realizados por el Dr. Vellard, son considerados los más completos en este campo en Latinoamérica. Bajo la dirección del Prof. Ergueta se establecieron contactos con fisiólogos franceses, entre los que se señalan a los profesores Jacques Durand de París y Roland Lefrancois de Rouen. El Dr. Jean Coudert fue nombrado por la cooperación francesa como co-director en 1986, al mismo tiempo que se enviaron a Francia a varios profesionales bolivianos para completar su formación en relación a los programas que tenían que desarrollar. Los Dres. Gerardo Antezana, Mario Paz Zamora, Enrique Vargas, Edgar Revollo y

¹⁵⁵ Dr. Mario Barragán. Las Bodas de Plata del IBBA. Crónica Aguda. Año I, N° 12, 1988

Mario Barragán, así como otros profesionales en el campo de bioquímica, al retornar de París son los que inician los trabajos de fisiología respiratoria, cardiocirculatoria y de flujos sanguíneos regionales. Por entonces visitaron el instituto distinguidas personalidades del mundo científico como el Profesor Nielsen Lassen, el Prof. Soren C. Sorensen, que contribuyeron a determinar los distintos parámetros sobre los que se desenvuelve la fisiología de las grandes alturas.

Le sucedieron como directores nacionales del IBBA, los doctores Mario Paz Zamora, Gerardo Antezana y Enrique Vargas. En 1976 tomó la codirección del Instituto el Dr. Jean Claude Quilici, periodo en el cual las actividades se orientan al estudio epidemiológico en determinadas áreas geográficas del altiplano, valle y los llanos, como Chorolque, Guaqui y Yapacaní, investigando los problemas que se presentan en el caso de las migraciones internas. Al establecer relaciones formales con el Instituto Pasteur de París, la codirección del instituto estuvo a cargo de los Dres. Ives Carlier Pruero y luego Philippe Desjeux.

Desde sus inicios el IBBA ha desarrollado la investigación biomédica, como actividad esencial dentro del estudio de la fisiología y fisiopatología de la adaptación del hombre a la altura, abarcando las áreas de investigación respiratoria, cardiología, bioenergética, gases en sangre, hematología y bioquímica. Desde 1979 y a pedido del Ministerio de Salud Pública, se introdujo la investigación parasitológica de las dos endemias prevalentes en el país: la Enfermedad de Chagas y la Leishmaniasis, en las que se investiga especialmente la bioquímica de sustancias naturales como actividad biológica y antiparasitológica.

El 9 de abril de 1988 el IBBA inauguró su nuevo edificio de tres pisos, con una superficie de 2.000 m² (réplica del Instituto Pasteur de París), cuya construcción y equipamiento fueron financiados por el Gobierno de Francia. Sus funciones últimamente se han hecho extensivas a un grupo de nutricionistas de la ORSTOM, que vienen desarrollando varios programas de investigaciones fundamentales que han sido aplicadas a la mal nutrición proteino-energética y su repercusión en el sistema inmunológico. El IBBA alberga aproximadamente a 78 funcionarios, de los cuales 24 son investigadores, es administrado por el Consejo Técnico, compuesto por un director boliviano, asistido por un co-director francés, jefes de departamentos y expertos franceses permanentes¹⁵⁶.

Un año antes de la fundación del IBBA, en 1962 llegó a Bolivia el Profesor de la facultad de Medicina de París, Dr. Jacques Fourestier, quien consideraba a la ciudad de La Paz como un “*laboratorio natural*” para estudios de adaptación a la vida en la altura. Según testimonio del Dr. Luis Hurtado Gómez, por entonces Presidente de la

¹⁵⁶ J. P. Dedet. Instituto Boliviano de Biología de Altura. Crónica Aguda, Año II, N° 108, año 1990.

Asociación Franco Boliviana de Medicina, que tuvo la oportunidad de estar muy cerca de él, el Dr. Fourestier manifestó su interés de establecer las bases a nivel oficial de su país para la creación de una organización dedicada al estudio de los problemas de fisiología y patologías de la altura. El Dr. Hurtado nos dice: “*de retorno a su país, inició los trámites ante el gobierno, los que fueron secundados por el Embajador de Francia en Bolivia y apenas un año después el IBBA no era solo un sueño, sino una realidad. Al llegar a La Paz el Profesor Jean Vellard que trabajaba desde muchos años atrás en el Perú y Bolivia, concretó el nacimiento del Instituto*”. Para el Dr. Luis Hurtado G. “*en todo caso si hubiera que ponerle un sobrenombre al Instituto de Biología de Altura, en justicia tendría que ser el de Dr. Jacques Fourestier*”¹⁵⁷.

EL HOSPITAL JUAN XXIII

Al inaugurarse oficialmente la Parroquia de Munaypata el año 1967, por el General René Barrientos Ortuño, Presidente de la República y el Arzobispo de Bergamo, Monseñor Clemente Gaddy y otras personalidades, surgió la idea de completar la obra de la iglesia con la construcción de un centro de salud, donde se atendería preferentemente la atención del embarazo y el parto. El Monseñor Gaddy que fue condecorado con el Cóndor de los Andes en la ceremonia de inauguración, se preguntó en voz alta ¿Porqué no un hospital? Y allí mismo, según el Dr. Gustavo Tavera de Paoli¹⁵⁸ “*se tomó la decisión de llevar adelante la ambiciosa idea*”.

La construcción de la Parroquia de Munaypata se había iniciado en 1961 a solicitud a la Diócesis de Bergamo, Italia, por Monseñor Genaro Prata, quien en 1962 había recibido el primer contingente de sacerdotes y posteriormente religiosas hermanas Ursulinas, para organizar desde sus cimientos esta obra social de la iglesia, en uno de los barrios marginales de la ciudad de La Paz, a la mitad del camino hacia El Alto.

El compromiso de Monseñor Gaddy, quien en Italia emprendió una gran campaña para conseguir los recursos económicos necesarios para la construcción del futuro Hospital Juan XXIII, se materializó el 8 de diciembre de 1969 al colocar y bendecir la primera piedra. Hasta el año 1971 se concluyó la estructura básica del edificio con las instalaciones sanitarias y eléctricas y en 1976, después de un periodo experimental de prestación de servicios, parcialmente se inició la atención sistemática en todas sus dependencias con carácter oficial. Sin contar aún con todas las especialidades en

¹⁵⁷ Luis Hurtado Gómez. Precursores de la Fundación del Instituto Boliviano de Biología de la Altura. Archivos Bolivianos de la Historia de la medicina. Vol 3, N° 2, julio-diciembre 1997.

¹⁵⁸ Gustavo Tavera de Paoli. Director del Hospital Juan XXIII. Breve Reseña del Hospital Juan XXIII. Obra Social de la Iglesia Católica. Crónica Aguda. Año 1, N° 40. 1988.

el periodo de junio 1976 a diciembre de 1977, el hospital atendió 4.788 consultas en medicina interna, 4.672 en cirugía y traumatología, 3.571 en pediatría, 2.842 en obstetricia y 4.422 en odontología, totalizando 20.295 consultas. En el mismo periodo entre cirugía general, traumatología y obstetricia se totalizaron 505 intervenciones quirúrgicas y se tuvieron 1.735 internaciones.

Hasta 1988 el Hospital Juan XXIII contaba con más de cien camas, cuatro quirófanos, uno de microcirugía oftálmica, unidad de terapia intensiva con monitores y respiradores de alta calidad, ecografía y computación. El personal estaba constituido por 35 profesionales médicos, especialistas altamente calificados, distinguidos médicos honorarios, médicos de planta, adscritos y residentes, más de 160 empleados entre enfermeras, auxiliares, administrativos y de servicios, apoyados eficientemente por las hermanas ursulinas y el grupo Bergamo de Sacerdotes de la Parroquia. Fueron directores de este hospital, los Dres. Juan Asbún, Silvia Maffels, Pedro Baizi, Gabriela Cataneo, Berto Nicoli, Luis Gallardo Alarcón, Violeta Magni, Gustavo Tavera de Paoli, entre otros.

Este hospital se ha caracterizado por su eficiente atención, el excelente trato humano de su personal y su proyección a la comunidad, extendiendo su área de influencia a zonas residenciales, hacia el sur y el altiplano, donde mantenían consultorios y puestos de salud como “*Santa María de los Angeles, Tahuantinsuyo, Tacachira y Pomomaya*”

EL HOSPITAL SAN GABRIEL

En la zona este de la ciudad de La Paz, pasando el puente sobre el río Orkojahuirá y en la calle mayor de la entonces Villa Copacabana, la recién egresada de la Facultad de Medicina de La Paz, que cumplía su año de provincia en esa zona suburbana y marginal, la Dra. Lieselotte Bauer, promoviendo la participación de la comunidad creó en una tienda redonda un puesto médico, con el apoyo de una auxiliar de enfermería. En los dos ambientes con que contaba el servicio, sala de espera y recepción y consultorio, cumplía las funciones de atención sanitaria básica, de inmunizaciones, atención a la madre y al niño, organización de Club de Madres y atención médica, estableciendo referencias con el Hospital de Clínicas, llevando un buen y ordenado sistema de registro de historias clínicas y carpetas familiares a entera satisfacción de los supervisores de la Unidad Sanitaria y gratificantes expresiones de la comunidad agradecida. Este fue el comienzo de lo que en el año 1970 llegaría a constituir la “Fundación San Gabriel”, institución privada sin fines de lucro, con personería jurídica otorgada por Resolución Suprema, uno de cuyos programas iniciales fue la construcción del Centro de Salud Hospital San Gabriel.

Al conformarse los Distritos de Salud el Hospital San Gabriel llegó a constituirse en cabecera de Distrito con atenciones del segundo nivel en la red de servicios conformada por las áreas de San Antonio, Pampajasi, Kupini, San Isidro, Villa Fátima, La Merced Alto y Bajo, Sector Fabril y Villa Armonía.

El hospital inicialmente dotado de 70 camas con servicios de medicina, cirugía, ginecología, obstetricia y pediatría, servicios auxiliares de diagnóstico, rayos X, laboratorio clínico, anatomía patológica y farmacia, ha ampliado su atención con las especialidades de traumatología, neurocirugía, oftalmología, gastroenterología y endocrinología.

Con el sistema de firma de convenios con los diferentes Ministerios de Salud, Educación y Cultura, Agricultura, Asuntos Campesinos y Junta Nacional de Desarrollo Social y la Cooperación Internacional y de las Organizaciones No gubernamentales, ha venido desarrollando los programas nacionales de acuerdo a las políticas de salud formuladas y también programas especiales, como Programas del Niño Fisurado (labio leporino), del Niño Quemado, del Niño Accidentado, del Niño Prematuro y de bajo peso al nacer, del Niño Desnutrido, del Embarazo de Alto Riesgo y Mujer y familia, que engloba programas de detección del cáncer genital, enfermedades de transmisión sexual, educación sexual y prevención del aborto¹⁵⁹.

La labor desarrollada por la Sociedad de San Gabriel, según su Directora y Directora del Hospital San Gabriel, la Dra Lieseolotte Bauer de Barragán, se resumen en el cumplimiento de sus dos objetivos: “*socializar el saber con transferencia y apropiación de ciencia y tecnología a los sectores populares, pero al mismo tiempo incorporar el saber popular al quehacer institucional y profesional para reforzar y consolidar la identidad sociocultural nacional*”.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (INET)

El Decreto Ley N° 7145 del 30 de abril de 1965 del General René Barrientos Ortuño declara “a las enfermedades transmisibles como el problema de primera prioridad nacional” estableciendo que “para la ejecución y coordinación de los planes y programas de las enfermedades transmisibles se crea el *Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles (INET)*, como órgano integrado al Servicio Nacional de Salud Pública, con autonomía técnica y administrativa que supone: la elaboración de programas de trabajo en conexión con la Oficina de Planificación de Salud; el nombramiento, promoción y retiro de personal con excepción del Director que es designado por el Ministro, la fijación de escala de salarios y el manejo de fondos para lo que mantendrá cuenta en el Banco Central de Bolivia”. El decreto establece además la

¹⁵⁹ Dra. Lieseolotte de Barragán. El Hospital San Gabriel. Crónica Aguda. Año I, N° 40. 1988.

transferencia del personal que presta servicios en los Programas de Enfermedades Transmisibles del Ministerio y la integración a partir de 1966 del Programa de Malaria y del Programa de Fiebre Hemorrágica¹⁶⁰. Para la ejecución de los programas y el funcionamiento del Instituto se firmó un convenio entre los Ministerios de Economía y Salud Pública, entidades del Gobierno de Bolivia y la Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos en Bolivia- USAID. Fue el primer director del Instituto el Dr. Juan Gamarra y los Jefes de Programas, el Dr. Enrique Galindo (Tuberculosis), Dr. José Serrate (Epidemiología), Dr. Luis Valverde Chinell (Fiebre Hemorrágica), Dr. Rodolfo Mercado (Malaria), Sra. Edme Meret de Baldivia (Educación para la Salud), Dr. Mario Pantoja (Programa de Tuberculosis del Altiplano), Dr. Gilberto Antezana (Viruela) y Sr. Servendo Montaña (Estadístico).

LA ENSEÑANZA DE LA SALUD PÚBLICA

En los programas vigentes hasta el año 1960 se enseñaban en las Facultades de Medicina de Sucre, en el sexto curso, Higiene y Epidemiología; en la facultad de La Paz, en el séptimo curso Higiene y Medicina Preventiva y en la de Cochabamba en el sexto año, Higiene y Medicina Social. El enfoque común de las tres facultades era la Higiene Pública y Privada, materia dictada generalmente por los médicos de mayor prestigio profesional.

En la facultad de Medicina de San Andrés, la materia de Higiene y Medicina Preventiva estaba a cargo de profesionales prestigiosos que habían intervenido en la evolución de la organización sanitaria, como el Dr. José Antezana Estrada, Tisiólogo, cirujano ortopédico y Traumatólogo, Diputado Nacional y Primer Subsecretario de Higiene y autor de un anteproyecto del Código Sanitario y el Dr. Juan Manuel Balcázar. El Dr. Balcázar fue nuestro profesor en el 7° curso de la facultad de Medicina, ameno expositor y conocedor profundo de nuestra historia médica y en la Facultad de Medicina de Sucre, el profesor de Higiene y Epidemiología, era el Dr. David Malpartida, experto cirujano y que posteriormente se dedicó al control de transmisibles en la Sanidad Departamental, y en la Facultad de Cochabamba, el catedrático de Higiene y Medicina Social era el Dr. Julio Corrales, Pediatra y cirujano de niños con una meritoria carrera docente.

En 1960, las Facultades de Medicina tomaron en cuenta la especialidad de Salud Pública, como requisito para concursar a la cátedra donde se dictaba la materia. Al llamamiento a concurso de méritos y examen de oposición que hizo la Facultad de Medicina de San Andrés, en septiembre, nos presentamos tres postulantes, el Dr. Jorge Rivero, especializado en Salud Pública en Puerto Rico, el Dr. Abel Elías

¹⁶⁰ Decreto de Creación del Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles. Revista Boliviana de Salud Pública. Año 6, N° 30. 1966

Mendizábal, quien había sido profesor de Medicina Legal en las Facultades de Medicina y Derecho, exParlamentario y exRector de la universidad de Oruro y el que escribe esta historia, que había hecho su especialidad en Santiago, en la Universidad de Chile. Fui designado profesor interino como resultado del examen por el tribunal constituido por el Decano de la Facultad, Dr. Roberto Monasterios, el profesor Manuel García y el representante de la OPS/OMS, Dr. José Ramón Quiñones habiendo obtenido el segundo lugar el Dr. Jorge Rivero, el Dr. Elías aún cuando contrariado porque el tribunal no reconoció sus sobrados méritos y su larga carrera docente, tuvo que reconocer la importancia que iba tomando la especialidad, puesto que, según nos dijo “*que si lo hubiese sabido, no se presentaba*”.

En Cochabamba, poco tiempo después la cátedra de Salud Pública fue asignada por concurso de méritos y examen de oposición al Dr. José Ruiz, especializado en Puerto Rico. Hasta el año 1969, la enseñanza de la Salud Pública constituía una materia a cargo de un profesor a tiempo horario y un ayudante de la cátedra.

En la América Latina se había evidenciado la preocupación y el interés por el mejoramiento, cambio e innovación de la enseñanza de la medicina Preventiva y Social y se habían hecho varios intentos para mejorar los niveles de enseñanza. Con tal fin la OPS/OMS, había organizado dos seminarios, uno en Chile en 1955 y otro en México en 1956, con la participación de todas las escuelas de medicina del continente¹⁶¹.

En el país se habían llevado a cabo los siguientes eventos:

- Octubre 1962 en Cochabamba, I Seminario Taller de Educación Médica.
- Marzo 1964, Primer Curso de Salud Pública para Médicos recién egresados en La Paz.
- Abril 1967, III Conferencia Nacional de Salubristas en Sucre.
- Agosto 1968, Primer Laboratorio de Demografía y Salud en Coroico, La Paz.
- Abril 1969, II Seminario de Educación Médica en La Paz.

Como resultado, en lo que corresponde a la enseñanza de la Salud Pública, en síntesis se habían llegado a las siguientes conclusiones:

“Que la enseñanza de Salud Pública, se modifique en las tres Facultades de Medicina del país, tomando en cuenta los patrones culturales de cada región en estrecha relación con los organismos internacionales de salud y que las facultades de medicina cooperen en la penetración de las áreas rurales, como trabajo práctico, que los profesores de salud pública sean especializados y en tanto no se disponga de

¹⁶¹ Juan Carlos García. Pensamiento Social en América Latina. OPS/OMS. 1964.

este personal especializado puedan ejercer la cátedra, los médicos que hubieran tenido inclinaciones y el que hacer de la especialidad (Higienistas) y recomendaban instruir en Salud Pública a los maestros rurales y promotores de la comunidad.

Estos antecedentes y las recomendaciones señalaban la necesidad de cambios en la enseñanza de la Medicina Preventiva y la Salud Pública que ya se habían practicado en los otros países de Latinoamérica, dentro del gran marco de los desajustes que se identificaron en la educación médica. Correspondió como ocurrió en toda Latinoamérica, a los profesores de medicina Preventiva y Salud Pública, difundir y promover el cambio que suponía, estructuralmente la departamentalización y funcionalmente, la atención extramural y proyección a la comunidad.

A la cátedra de Salud Pública le correspondió la presentación del proyecto que contenía el Plan General con el programa y la organización para la creación del Departamento, que fue revisado, discutido y mejorado en una comisión del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina de La Paz, bajo la Dirección del Sr. Decano, Dr. Armando Morales Guzmán.

El proyecto presentado a USAID/B en consulta para procurar su financiamiento fue favorablemente considerado por el Ing. Amadeo Landri, quien anteriormente influyó decisoriamente en la fundación del INSO y en la aprobación del proyecto de la oficina de Planificación del ministerio, se había constituido en la unidad asesora en coordinación con el ministerio de Planificación, encargada de la formulación de planes sectoriales compatibles con los de desarrollo nacional.

La carta de acuerdo entre el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud Pública, la Universidad de San Andrés y USAID/B (Convenio Proyecto N° 511-11-590-689), dio origen al Departamento de Medicina Preventiva Social y Salud Pública, cuya fundamentación, manual de organización y funciones fue aprobado por el Decano de la Facultad de Medicina, el Dr. Armando Morales Guzmán. En dicho documento, se establece como misión del Departamento orientar la enseñanza hacia la formación del médico general no especializado capaz de ejercer la profesión, con un criterio integral y con claro sentido social; lo que significa aplicar el concepto ecológico en la comprensión del hombre en su compleja unidad biológica, psíquica y social. Los objetivos del Departamento fueron presentados en los siguientes términos¹⁶²:

- a. Contribuir a la preparación del médico con adecuada preparación científica y técnica para ejercer la medicina integral con claro criterio social, dentro de los planes nacionales y locales de salud.

¹⁶² Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva Social y Salud Pública. La Paz. 1969.

- b. Capacitarlos para que con la aplicación de técnicos adecuados reconozcan los problemas de salud dentro de su comunidad.
- c. Capacitarlos para que orienten y dirijan la comunidad hacia la búsqueda y aplicación de soluciones adecuadas a los problemas de salud, tendiendo a una utilización adecuada de sus recursos.
- d. Introducir los conceptos sociales y preventivos de la atención de la salud, en las materias clínicas, como la pediatría, obstetricia y ginecología y otras.

El Plan General de Trabajo establecía el desarrollo de materias a lo largo de la carrera de la medicina, empezando con Bioestadística en el primer año, relacionadas con las ciencias morfológicas; en el segundo año el Saneamiento ambiental coordinando con Bacteriología y Parasitología y vías de transmisión de la enfermedad infecciosa; en el tercer año se desarrollarían los conceptos de organización y administración sanitaria, Antropología Social y Desarrollo de Comunidades; en el cuarto año, coordinando con la Cátedra de Patología Tropical se dictarían los temas de Epidemiología y Control de las Enfermedades Transmisibles; en el quinto año, los temas de Programas de Control de Tuberculosis, Control de Enfermedades Venéreas con las cátedras respectivas y Salud Ocupacional y Administración de Hospitales; en el sexto año estaban programados el desarrollo de los temas de Salud Materno Infantil, Nutrición, Medicina Familiar e Investigación. En el séptimo curso, en el Internado Rotatorio un trabajo de programación de actividades en la comunidad. El Programa del Departamento, consideraba además trabajos prácticos en el Centro de Salud Universitario y dos Centros de Salud de Area.

El convenio contemplaba también la creación de los departamentos de Medicina Preventiva Social y Salud Pública en las Facultades de Medicina, de la Universidad de San Simón de Cochabamba y de la Universidad de San Francisco Xavier en Chuquisaca, actuando como coordinador el Profesor Jefe del departamento de la Facultad de Medicina de La Paz. Fueron designados directores de los departamentos en Sucre, el Dr. Jorge Zamora y en Cochabamba el Dr. José Ruiz. Con el golpe de estado del general Hugo Banzer, que canceló la autonomía universitaria conseguida el año 30, se terminó la función coordinadora del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de La Paz. A partir del año 1973 la enseñanza de la Salud Pública en el pregrado en la ciudad de Cochabamba y La Paz ha continuado con la departamentalización, a cargo del Dr. Jorge Auza en La Paz y del Dr. José Ruiz en Cochabamba, en Sucre, se ha regresado al periodo anterior del Primer Seminario de Educación Médica del 1962, dictando una serie de materias en cursos alternos, como Epidemiología, Bioestadística, Demografía y también Salud Pública, sin ninguna relación ni coordinación.

LA SOCIEDAD BOLIVIANA DE SALUD PUBLICA

En septiembre del año 1946, bajo los auspicios de la fundación Rockefeller que se organizó en el país a partir del año 1932, dedicándose a las campañas contra la Fiebre Amarilla en Santa Cruz y sucesivamente al combate de la peste bubónica, uncinariasis, tifoidea, viruela y malaria en todo el territorio, se llevó a cabo una reunión del personal médico en Cochabamba, que debe considerarse como trascendente por las conclusiones a las que se llegaron. En dicha reunión ¹⁶³ se encontraba los doctores César Moscoso Carrasco, jefe de la Sección de Paludismo que después se convertiría en el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM), a cargo del SCISP; el Dr. Jorge Doria Medina, por entonces Jefe de la Sección de Fiebre Amarilla, que después sería Director Nacional de Salud; el Dr. Rafael Angel Torrico, jefe de Laboratorio Nacional e investigador, contratado posteriormente por la OMS como experto en Chagas; los doctores Juan Moscoso Aldunate, médico provincial de Sud Yungas y Heriberto Tórres, médico provincial de Sud Yungas, ambos posteriormente especializados en malariología, el Ingeniero Sanitario Julio Jáuregui y el Jefe del Servicio Especial de Profilaxis, Dr. Nemesio Tórrez Muñoz. Al clausurarse este significativo evento que reunió a los principales profesionales dedicados a la higiene y a la medicina preventiva se formó una directiva ad-hoc; para proponerse trabajar por el mejoramiento de la sanidad nacional. La Directiva presidió el Dr. Nemesio Tórres Muñoz y como vocales fueron designados los doctores Moisés Sejas Villarroel y el Dr. Carlos Capriolo, como constancia de este hecho existe un acta con fecha 7 de septiembre de 1946 en la que se lee: “que para lograr el mejoramiento de la Sanidad Nacional, los médicos que suscriben (más de veinte entre los ya nombrados) se han agrupado en una organización a iniciativa del Dr. Tórrez Muñoz y en cuya emergencia en la constitución de su primera directiva es nombrado primer presidente de dicha entidad a instancias en que se desempeña como Director del Servicio Especial de Profilaxis. Como constancia de este hecho en los informes anuales de Laboratorio, dirigido por el Dr. Angel Torricos, se publica el trabajo “Breve Esquema de la Evolución del Servicio de Sanidad Nacional al fundar la Sociedad Boliviana de Salud Pública”, cuyo autor es el Dr. Nemesio Tórrez Muñoz. Por este antecedente, debemos considerar la fecha de la fundación de la Sociedad el año 1946 y como fundador al Dr. Nemesio Tórres Muñoz. El 3 de enero de 1958 un grupo de profesionales, que venían haciendo historia por sus servicios prestados al país con nuevos enfoques de la medicina preventiva entre los que nos encontramos nuevamente con el Dr. Nemesio Tórrez Muñoz, por entonces incorporado al Ministerio de Salud Pública en la división de Enfermedades Transmisibles, conjuntamente con los jóvenes sanitaristas que se iniciaban como especialistas reunidos en el

¹⁶³ Humberto Saavedra Guzmán. Génesis y realización de la Sociedad Boliviana de Salud Pública. Historia y perspectiva de la Sociedad Boliviana de Salud Pública OPS/OMS. UNICEF La Paz 1989.

Ministerio de Salud, decidieron fundar la “*Sociedad Boliviana de salud Pública*” (SBSP) cuyo reconocimiento de su personería jurídica fue otorgada por Resolución Suprema el 3 de marzo de 1961¹⁶⁴.

En la lista de los miembros de esta segunda fundación, nos encontramos, junto al nombre de Nemesio Torrez Muñoz, con los nombres de Jaime Alvarez Zamora, exiliado voluntariamente a la Argentina, cuando era Director Asociado del SCISP y creó un grupo de trabajo en La Plata, con el Dr. Jorge Quinteros y las enfermeras Sra. Delicia de Mendoza y Luz Jáuregui, antes de ingresar a la OPS/OMS como Asesor en Ceylan y ser su representante en Centro América. El Dr. Francisco Torrez Bracamonte especializado en estados Unidos, primer Director del Centro de Salud de Tarija que también fue Director Asociado del SCISP, Director Nacional de Salud y asesor de la OMS en Arabia Saudita. El Dr. Jorge Quinteros, especializado en Salud Pública, Asesor del SCISP de la Dirección de los Servicios Transferidos, Director Nacional de Salud y fundador y Director de la Escuela de Salud Pública. El Dr. Alberto Gumiel, especializado en Salud Ocupacional, fundador del Instituto de Salud Ocupacional. El Dr. Alfredo Jáuregui Molina, jefe de la Campaña Nacional de Erradicación de la Viruela y asesor de la OPS/OMS en epidemiología y viruela. El Dr. Yacid Aliaga Loayza, abogado, administrador del SCISP y Asesor de la OPS/OMS en la División de Malaria, primero en Brasil y luego en la Oficina Central de Washington; el Dr. Hans Bruck T, director de Bioestadísticas del SCISP, asesor de la OPS/OMS en el INCAP y posteriormente jefe de la División en Washington. El ingeniero Guillermo Dávila, Ingeniero sanitario especializado en Estados Unidos, jefe de División de Saneamiento Ambiental en el SCISP y más tarde contratado por la OPS/OMS, hasta jubilarse como Jefe Regional de la División de Agua Potable y Saneamiento Ambiental. El Dr. Antonio Brown Lema, Master en Salud Pública en Minesota, Estados Unidos, después de haber ejercido la fisiología y la cirugía del tórax, con especialización en Chicago, egresado del primer Curso de Planificación en salud, en John Hopkins, Estados Unidos, Director Asociado del SCISP y Director Nacional de Salud. El Sr. Casto Uriano, educador sanitario especializado en EE.UU. y funcionario del SCISP, Srta Sofía Rea, nutricionista con cursos en el INCAP, jefe de los Servicios del Ministerio de Salud y el SCISP. El Dr. Roberto Gonzáles, médico sanitarista epidemiólogo de la División de Erradicación de la Malaria, Sra. Aida de Bretel, enfermera sanitarista, jefe de enfermeras del Centro de Salud La Paz y Jefe Nacional de Enfermería, Sra. Yolanda de la Quintana, Trabajadora Social, Jefe Nacional de Trabajo Social del Ministerio de Salud y Directora de la Escuela de Trabajadores Sociales, dependiente del Ministerio primero y después de la Universidad Mayor de San Andrés y el Dr. Carlos Ferrufino, primer médico boliviano, especializado en Salud Pública en la Universidad de Harvard, Boston. En su inicia-

¹⁶⁴ Sociedad Boliviana de Salud Pública. Estatuto RS 6 de mayo de 1961 y fundado por Víctor Paz Estensoro, Presidente de la República y Guillermo Jáuregui Guachalla, Ministro de Salud Pública.

ción, la nómina de socios alcanzaba a 60 y con sus filiales alrededor de 1964 a 350 profesionales, entre médicos, ingenieros sanitarios, educadores, enfermeras, trabajadoras sociales, estadísticos, técnicos de saneamiento, abogados, funcionarios del SCISP y del Ministerio de Salud Pública, principalmente.

Como presidente de esta institución, en el periodo de nuestra historia actuaron sanitaristas en funciones directivas de las diferentes organizaciones a los que representaban. Sucesivamente fueron elegidos los siguientes profesionales: Dr. Francisco Tórrez Bracamonte (1958-1959), Director Nacional de Salud y ex funcionario de OPS/OMS; Dr. Antonio Brown (1960-1964), Director Asociado del SCISP y también ex funcionario de OPS/OMS y Dr. Roberto Gonzáles Moscoso (1964-1965), Director del SNEM.

En la nómina de socios correspondientes, figuran ilustras sanitaristas, que cumplían funciones de alta jerarquía en instituciones de cooperación internacional: El Dr. Andrés K. Brunner, Director del SCISP; el Ingeniero William Nac Quary, Director del SCISP; el Dr. Carlos Sisiruca, Asesor de Lepra de Naciones Unidas; el Ing. Amadeo Landri consultor de USAID, para América Latina a quién se debe reconocer como uno de los impulsores de la creación de la Oficina Sectorial de Planificación de la Salud, los departamentos de Medicina Preventiva y Salud Pública, en La Paz, Cochabamba y Sucre y la Dirección de Salud Materno Infantil, el Dr. John J. Bloonfiel, consultor de Higiene Industrial; el Dr. Francisco Mardones R, Director del Hospital Arriaran en Chile; el Dr. Ramón Villena, Director de Salud ocupacional del Perú; el Dr. Alejandro Sorelo, Director de Planificación del Ministerio de Salud en el Perú, quien inició su brillante carrera de consultor internacional de la OPS/OMS entre nosotros apoyando la formulación del Plan Decenal de Salud 1964-1974.

Entre los socios honorarios designados en razón de haber prestado servicios de importancia en Salud Pública, al país o haber contribuido a la Salud Pública Mundial, enriqueciéndola con su aporte personal figuran personalidades brillantes, verdaderos conductores del pensamiento sanitario: El Dr. John J. Hanlom, quien nos legó el privilegio de hacer de nuestra patria la cuna de su universal obra "*Los Principios de Administración Sanitaria*" al empezar a redactarla en los años 1949 al 1951, cuando desempeñaba funciones de Director del SCISP; cumpliendo su misión apasionada de profesor en Philadelphia en 1963 al entonces Presidente de la Sociedad, el Dr. Antonio Brown le escribía esta carta: "*Querido Tony, gracias y excusas por no poder asistir a la II Conferencia, como en otras oportunidades te reitero hoy que he dejado un pedazo de mi corazón en Bolivia a la que considero mi segunda patria. Cuánto me gustaría verlos a todos ustedes, de nuevo al igual que a mis maravillosas montañas*".

Otros ilustres socios honorarios fueron designados en sus visitas al país como el Dr. Marcelino Condou, Director General de la OMS, el Dr. Abraham Horwitz, director general de la OPS/OMS, el Dr. Bologoslow Yuriscic, jefe de la zona IV de la OPS/OMS en Lima, quien presidió las sesiones de la I Conferencia Nacional de Salubristas. El Dr. Arnaldo Gabaldón, Ministro de Sanidad y Asistencia Social en la República de Venezuela, quien colaboró al país en la preparación del personal boliviano en el Control y Erradicación de la Malaria, Cloria Russo, consultora de educación sanitaria para América Latina ICA.

El Dr. Abraham Horwitz, quien ocupó el cargo de Director de la OPS/OMS de 1958 a 1973, estuvo siempre cerca de la problemática sanitaria del país, que era de su especial interés, como lo prueba la carta que en 1961 le escribiera al entonces Ministro de Salud Pública Dr. Guillermo Jáuregui G, relacionada con los datos estadísticos de la Primera Conferencia Nacional de Salubristas que le había enviado. En ella le decía: *“El sólo hecho de que el Ministerio de su digno cargo, haya reunido esa serie de valiosos antecedentes, revela un esfuerzo digno de todo encomio, dado el significado que tienen para la formulación adecuada de programas de salud. Estoy cierto que este es el espíritu que a usted lo anima particularmente, porque Bolivia se ha adelantado a la gran mayoría de los países del continente y ha producido un Plan Nacional de Desarrollo Social, entre cuyas actividades se han incluido las propias de la Salud Pública”*.

El Dr. Gustavo Molina, que conjuntamente con Guillermo Adriázola publicaran el libro: *“Principios de Administración Sanitaria, teoría y Práctica de la Salubridad en América Latina”*, en su carta al ser nombrado socio honorario desde Chile nos decía: *“quiero expresarles mi orgullo y satisfacción por ser parte de una sociedad que mantiene con tenacidad ejemplar y en medio de las dificultades inherentes a esta empresa una Revista y una serie sistemática de conferencias que pocos otros grupos del continente pueden exhibir.”* Fueron acogidos en el seno de la SBSP el Dr. José Ramón Quiñones y el Dr. Manuel Villa Crespo, representantes de la OPS/OMS en el periodo de nuestra historia.

El Dr. Guillermo Jáuregui G. en su condición de Ministros de Salud Pública fue uno de los primeros socios honorarios y después socio activo y a él la sociedad le debe el reconocimiento de su verdadera misión: *“ninguna institución, ninguna entidad tiene tanta capacidad para realizar esta labor (la función normativa de los sectores de salud pública) como la SBSP con cuya colaboración se honra en contar el Ministerio a mi cargo”*.

La SBSP al constituirse según sus estatutos asumía la responsabilidad de conducir, impartir y difundir los conocimientos de la Salud Pública, tanto en el campo doctri-

nal como en el de la aplicación práctica para contribuir de esta manera a la búsqueda de iniciativas y soluciones a los problemas nacionales de salud, siendo necesario contar con un medio de difusión. La iniciativa de contar con una revista, que cumpliera con este objetivo, se debe al interés del Dr. Guillermo Jáuregui Guachalla, Ministro de Salud Pública y del Director del SCISP Ing. William Mac Quary.

El Dr. Jáuregui había expresado *“una de nuestras preocupaciones fue la de contar con un órgano de difusión que llegando al cuerpo médico y a todo el personal que está interesado en los problemas de Salud Pública, lleve una información adecuada, no solo de los planes y programas del Ministerio sino también de lo que se ha realizado y de lo que se está realizando”*¹⁶⁵. El primer número de la revista *“Revista de Salud Pública Boliviana”* en 1961 correspondiente a los meses de septiembre y noviembre, con una nota de presentación del Dr. Antonio Brawn L. Presidente de la sociedad y el editorial de su director el Dr. Alberto Gumiel, quien la consideraba *“como un medio de relación cultural, dentro y fuera del país a fin de que esta vinculación nos ayude a salvarnos del encerramiento cultural, que el políglota Luis Alberto Sánchez nos había atribuido equivocadamente considerándonos conformistas e improductivos”*. La revista de publicación bimensual se publicó regularmente hasta el N° 23, septiembre-diciembre de 1964 siendo sus directores sucesivamente los doctores Alberto Gumiel, Antonio Brawn y Gregorio Mendizábal Lozano. Las páginas de la Revista son el testimonio del pensamiento boliviano en salud pública de la época, por su contenido de resultados de trabajos de investigación, los servicios de salud, artículos en relación a problemas específicos que se presentaban, informes de las dos primeras conferencias nacionales de salubristas y fotografías de la época, así como declaraciones y entrevistas a las autoridades nacionales y extranjeras, reflejan el inicio de la época de los años 60 (1960-1964) que es considerada la más productiva y rica en realizaciones auténticas y proyecciones innovadoras de la Salud Pública Boliviana.

LAS CONFERENCIAS NACIONALES DE SALUD PÚBLICA

La Primera Conferencia se llevó a cabo en la ciudad de La Paz del 24 al 27 de junio de 1961. Fue convocada por la Sociedad Boliviana de Salud Pública y auspiciada por el Ministerio y el SCISP. Esta conferencia, ni gremial ni tecnocrática como los acostumbrados congresos de la época constituye el primer foro de estudio de los problemas de salud y posibles soluciones con la intervención de todas las autoridades sanitarias para tratar de identificarlos, proponer soluciones prácticas dando orientaciones definidas para la mejor conducción de la organización sanitaria nacional que se estaba desarrollando. La Conferencia planteó cuatro temas de análisis y dis-

¹⁶⁵ Guillermo Jáuregui Guachalla. Política de Salud Pública. Revista de la Sociedad Boliviana de Salud Pública Vol I N° 1 – 1960.

cusión como objetivos: a) determinación, análisis y evaluación de los problemas de salud de cada departamento y b) dar una orientación sobre la organización hospitalaria, c) conclusiones y recomendaciones en base a los anteriores estudios y d) planear la forma de llevar a la práctica estas recomendaciones. Estos temas fueron desarrollados en nueve grupos de trabajo correspondientes a cada departamento y las conclusiones discutidas en sesiones plenarios.

Del discurso de inauguración del Dr. Jáuregui, Ministro de Salud Pública, transcribimos el siguiente párrafo: “ *El Ministerio de Salud Pública ... consciente de la necesidad de reestructurar los servicios sanitarios ha iniciado el estudio de la situación existente en las diferentes reparticiones sanitarias con vistas a una transformación gradual y progresiva de acuerdo a normas y principios que rigen el desarrollo y la organización de los modernos servicios de salubridad*”. Del discurso del Dr. Brawn también transcribimos el siguiente párrafo: “*Para la Sociedad Boliviana de Salud Pública este evento tiene la importancia de demostrar al país que ha obtenido ya la mayoría de edad y con ella la capacidad suficiente para ejercer adecuadamente su rol de entidad orientadora en el desarrollo de la salud pública boliviana*”. El lector juzgue.

Después del análisis de los temas tratados por la Conferencia, los 10 principales problemas de Salud Pública que se priorizaron los siguientes: 1. Deficiente sistema administrativo vigente: mala utilización de recursos existentes, atomización y duplicación de servicios en múltiples instrucciones autónomas, carencia de atención sanitaria rural; 2. Presupuesto insuficiente para el Ministerio de Salud Pública; 3. Falta de cimentación adecuada al Ministerio de Salud Pública: a) Regionalización de servicios; b) Descentralización administrativa y modernización presupuestaria; c) Personal calificado, escalafón sanitario, honestidad funcionaria; 4. Falta de saneamiento ambiental especialmente de adecuados sistemas de agua potable; 5. Deficiente número de personal adiestrado en salud pública; 6. Nutrición deficiente, cualitativa y cuantitativa del pueblo boliviano; 8. Predominio actual de las enfermedades transmisibles evitables como causas de morbimortalidad; 9. Falta de información estadística adecuada y 10. Deficiente sistema hospitalario.

El Informe final de esta primera Conferencia tuvo una grata acogida por parte de la OPS/OMS. El Dr. Abraham Horwitz, su Director, en carta enviada en septiembre de 1961 al Ministro de Salud Pública, Dr. Jáuregui le decía en relación al documento “*Datos Estadísticos de la primera Conferencia Nacional de Salubristas*” que le había sido entregado personalmente, en la reunión de Punta del Este lo siguiente: “*El solo hecho que el Ministerio a su digno cargo haya reunido una serie de valiosos antecedentes revela un esfuerzo libre de todo encomio, dado el significado que tiene para la formulación adecuada de programas de salud. En grado variable las esta-*

disticas vitales y sanitarias de los países de las Américas, son incompletas, vale decir, en el sentido que no reflejan la realidad en lo que respecta a los diversos fenómenos, como ocurre en las sociedades. Un propósito permanente de los gobiernos, al cual colabora con todo interés la organización es mejorar la calidad de los datos, su análisis e interpretación; todo ello en última instancia para lograr acciones más eficientes de prevención y curación de las enfermedades. Estoy cierto que ese es el espíritu que a Ud. lo anima particularmente porque Bolivia se ha adelantado a la gran mayoría de los países del Continente y a producido su Plan Nacional de Desarrollo Económico y de Progreso Social entre cuyas actividades se han incluido las propias de la Salud Pública”¹⁶⁶.

La II Conferencia Nacional de Salud Pública se realizó en el local del Ministerio de Salud Pública del 9 al 13 de diciembre de 1963 siendo Presidente de la Sociedad el Dr. Antonio Brawn en pleno proceso de reorganización ocasionado por la transferencia del personal especializado de SCSP que se había retirado del país al Ministerio de Salud Pública.

Según el programa los siguientes temas fueron presentados para su discusión, propuestas y recomendaciones por los grupos de trabajo; Políticas Sanitarias en relación a la unificación de servicios de salud en escala nacional por el Dr. Francisco de Urioste y el Dr. Alberto Gumiel. Aspectos básicos para la efectivización de la regionalización en Salud Pública por el Dr. Wálter Julio Fortún. Conceptos Generales sobre Planificación en Salud, Dr. Antonio Brawn. Planificación Integral Julio Bustillos, relaciones del Plan de Salud con el Plan Global de Desarrollo Socio Económico por Raúl Loayza de la Oficina Nacional de Planificación. Escalafón Sanitaria, Estabilidad, Funcionaria y Promociones, Lic. Administrador del Ministerio José Rojas, capacitación de personal por el Dr. Jorge Quinteros, director de la Escuela de Técnicos en Salud. La II Conferencia con los tres temas centrales de Integración de servicios a nivel nacional, planificación de la salud y adiestramiento del personal estaba encaminada a dar soluciones al mayor problema que había sido identificado en la organización sanitaria y que fue enunciada por el Presidente de la SBSP en los siguientes términos: *“En la actualidad, la dispersión de los escasos recursos con que cuenta el país para las labores de Salud Pública, es una causa de tremendo peso y efecto para dificultar el encausamiento racional de las labores de Salud Pública en todo el país. El Ministerio de Salud Pública, La Caja Nacional de Seguridad Social, la Caja Nacional de Ferrocarriles, de petroleros, de Yacimientos Petrolíferos Fiscales Bolivianos, de bancos, la Corporación Minera, La Cruz Roja entidades autárcticas de diferente índole mantienen servicios limitados en Salud Pública, especialmente de tipo médico que siguen concentrándose y duplicándose*

¹⁶⁶ Revista De Salud Pública Boliviana. Informaciones OPS pondera documento emanado de la Conferencia de Salubristas VOL I, N° 7 – 1961.

para beneficio circunscrito del poblador, de las principales ciudades o de pequeños grupos privilegiadas”, como antaño se había dado la voz de alarma y presentado entonces propuestas a un problema que continuaría creciendo y adquiriendo poder hasta hacerse indisoluble.

La III Conferencia Nacional de Salud Pública, se llevó a cabo en la ciudad de Sucre, del 3 al 6 de abril de 1967 con el auspicio del Ministerio de Salud Pública y de la Universidad de San Francisco Xavier, con el objeto fundamental de “*crear en los salubristas del país las condiciones más favorables para el manejo técnico y administrativo de la salud pública nacional, constituyéndolos en verdaderos agentes del desarrollo, ya que se había entendido la planificación en salud como un medio para contribuir al desarrollo económico y social en procura de mejores niveles de vida*”. Actuaron como autoridades de la Conferencia, el Dr. Agustín Benavides, Presidente de la Conferencia, el Dr. Ismael Suárez, Vicepresidente de la Conferencia, el Ingeniero Alfredo Arce, Rector de la Universidad de San Francisco Xavier, Dr. Gregorio Mendizábal L, Presidente de la Sociedad Boliviana de Salud Pública y el Dr. Orlando Montero Vaca, Relator General de la III Conferencia¹⁶⁷.

Las conclusiones y recomendaciones a la que se llegó después de los temas expuestos y las discusiones de los trabajos de grupo, reflejan los propósitos de continuar con el proceso de fortalecimiento de la organización del Ministerio de Salud Pública y las iniciativas ante nuevos enfoques bajo las recomendaciones emanadas de la Carta de Punta del Este. Las principales conclusiones y recomendaciones de los temas tratados estaban referidos a la puesta en práctica de las siguientes acciones: El uso de todos los organismos de salud del país y de los médicos del Manual de Clasificación Internacional de causas de mortalidad y morbilidad, dar prioridad a los servicios básicos del área rural, la ejecución de programas de supervisión periódica para controlar la eficiencia de los servicios de salud, la integración de la planificación de salud a la planificación nacional y creación de oficinas regionales; la necesidad de que la enseñanza de la Salud Pública se unifique a las facultades de medicina del país, que los profesores de salud pública sean salubristas en tanto no se dispongan de especialistas pueden ejercer estas funciones, médicos que tengan inclinación a la especialidad, recomendar la instrucción en Salud Pública a los maestros rurales y a los promotores de la comunidad, la creación de Oficinas de Higiene Industrial en las Unidades Sanitarias bajo las normas y supervisión del INSO.

La IV Conferencia Nacional se llevó a cabo en Santa Cruz, en octubre de 1968 (Gobierno del General Ovando, Ministro Wálter Arzabe) siendo Presidentes de la Conferencia, el Dr. Alberto Gumiel – Director del INSO; los socios correspondien-

¹⁶⁷ III Conferencia Nacional de Salud Pública. Revista Salud Pública Boliviana. Año VII, N° 32. 1967

tes que habían sido recibidos hasta entonces, los Ministros. Cnel. Carlos Ardiles, Dr. Roque Aguilera vargas, Dr. Rojas Tardío y los representantes de la OPS/OMS, Dres. Fortunato Vargas Tentori, Manuel Villa Crespo, Dr. Mario Machado Lens y Dr. Orlando Aguilar. La Revista había tenido que interrumpir su publicación bimensual, alcanzó con el N° 35 de cumplir sus diez años en 1971. Recién ese año siendo Presidente de la Sociedad, el Dr. Benjamín Rivera, Secretario de Relaciones el Dr. Wálter Julio Fortún y Director de la Revista el Dr. Hugo Silva G, se pudieron publicar las conclusiones de los temas tratados

LA OBRA DEL SCISP Y LA FINALIZACION DE SUS LABORES

El SCISP hasta 1960 había experimentado dos fases de su vida boliviana, una de tanteos y vacilaciones (1942–1945) y otra fructíferas de grandes realizaciones (1945–1962). Esta organización de cooperación boliviana norteamericana trabajó en sus primeros años de acuerdo con su objetivo de “*promover y organizar servicios de carácter preventivo*” con el sentido práctico de mejorar las condiciones de salud de las poblaciones bolivianas comprometidas con el abastecimiento de materias primas indispensables para el esfuerzo bélico de los EE.UU. en la Segunda Guerra Mundial, como el caucho, orientando sus acciones a las zonas de producción de la goma, en Beni y Pando donde se levantaron los primeros establecimientos de salud adecuadas al medio, para la atención médica. Pasada la Guerra Mundial retomando los objetivos de su plan de acción dirigió sus acciones a promover y organizar servicios de salud con carácter preventivo; adiestrar y capacitar personal boliviano para las diferentes ramas de la Salud Pública y una vez logrado estos objetivos, entregar progresivamente todos los servicios del SCISP al Ministerio de Higiene y Salubridad.

Antes de la era del SCISP la atención de la salud pública en el país, estaba concentrada en la medicina asistencial y en la preocupación de organizarla y hacer que se convirtiera de individual en colectiva, con muy pocas prácticas de medicina preventiva entre los que se podían contar la de la vacunación y re vacunación antivariolosa sobre la que todos los gobiernos desde la fundación de la República habían insistido en su cumplimiento y otras medidas de Higiene Pública, principalmente asignadas a las municipalidades que se quedaron en la práctica como decreto o resoluciones muy avanzadas para la época y nada más, puesto que no se encontraron, manifestaciones de su participación.

El SCISP bajo las orientaciones del ejercicio de la Salud Pública de la época de Winslow Smiler y Charles SA Winslow y los de Fred L. Soper que había trabajado en el país en la Rockefeller y las de John J. Hamlon, profesor de la Escuela de Salud Pública de Michigan cuyo libro básico de “*Principios de Administración*” en parte

escrito en Bolivia logró crear con la participación del personal boliviano que había capacitado en la especialidad, en el exterior, las bases de la organización de la Salud Pública en Bolivia como resultado de sus propias experiencias aplicadas a la realidad nacional en desarrollo de servicios de salud, capacitación y formación de personal, control y erradicación de enfermedades y provisión de agua y saneamiento ambiental y educación para la salud.

El desarrollo de servicios de salud, a cargo de la llamada “*División Médica – Centros de Salud*” había logrado establecer en el país más de 20 centros de Salud con funciones integrales de atención de fomento, prevención y reparación iniciadas con atención al niño sano, el prenatal y la organización de club de madres y la educación sanitaria y que en 1962 tenía conformado los programas de inmunizaciones contra viruela, tifoidea, difteria, coqueluche, tétanos, tifus exantemático, rabia, BGC y fiebre amarilla, servicio antituberculoso, servicio antivéneico, saneamiento básico, laboratorio, estadísticas y educación para la salud. El Ing. William Mac Quary, director del SCISP en su artículo “*La Salud Pública y las Unidades de Salud*”¹⁶⁸ planteaba los aspectos conceptuales y operativos de la organización local de los servicios de salud en los siguientes términos: “*las unidades de salud locales constituyen el cimiento de cualquier programa de salud. La unidad sanitaria representa el sitio donde la comunidad obtiene servicios para la protección, mantenimiento y reparación de su salud mediante exámenes adecuados, control pre natal, de niños lactantes, en edad pre escolar y escolar. Esta labor se realiza a través de clínicas establecidas, educación sanitaria, saneamiento ambiental utilizando charlas sobre salud, folletos, carteles y películas y otros medios de comunicación. A pesar de que hay cuatro tipos esquemáticos de unidades sanitarias en Bolivia, existe una función que debería ser común a todas ellas y es la prevención de las enfermedades. Estos 4 tipos esquemáticos de unidades sanitarias que existen actualmente son las siguientes: los centros de salud que generalmente se encuentran en capitales de departamento. Los Centros de Salud – Hospitales ubicados en ciertas capitales de provincia y contados pueblos. Los puestos médicos que se encuentran en algunos pueblos y aldeas. Los puestos sanitarios que se encuentran en comunidades más pequeñas. Señalaban las funciones de cada uno de estos servicios y en relación a la participación de los otros sectores y la comunidad decía: En la estructura sanitaria tiene capital importancia el Comité Local de Cooperación compuesta de tres a cinco personas prominentes que actúan cooperando a las unidades de salud, mediante el apoyo comunitario, este organismo es honorario y sin remuneración. La Unidad Sanitaria es la agencia oficial encargada de la promoción de la Salud Pública y de la dirección de los Servicios Sanitarios de la comunidad. Las otras agencias oficiales tales como la educación pública, obras públicas, etc y las agencias no oficiales como el Rotary Club, el Club de Leones etc, deben jugar un papel impor-*

¹⁶⁸ William Mc Quari. La Salud Pública y las Unidades de Salud RBSP, N° 2, año 1961.

tante en la colaboración de las Unidades Sanitarias para promover los programas de Salud de la Comunidad. Como programas básicos de la comunidad proponía los siguientes: Programa de Estadísticas Vitales, Programa de Educación Sanitaria, Programa de Control de Enfermedades Transmisibles, Programa de Salud Materna y el niño, Programa de Enfermería en Salud Pública, Higiene Ocupacional, Accidentes de la Comunidad. Años después de estas consideraciones en 1980 después de Alma Ata, los principios y elementos componentes de los Sistemas Locales de Salud nos parecían, cambiando algunos términos, coincidentes con las que Mac Quari había planteado respecto a la Salud Pública y las Unidades de Salud que fueron organizados en Bolivia”¹⁶⁹.

En el control de las enfermedades transmisibles, el SCISP incluyó dentro de las unidades de salud como programas permanentes la atención a los problemas endo epidémicos sobre los que la Rockefeller había establecido campañas, transformando la División de Epidemias rurales en la División nacional de Enfermedades Transmisibles. Impulsó los programas de magnitud e importancia nacional como los de Erradicación de la Malaria creando el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM) y organizando, a través de las unidades locales de salud y mediante unidades móviles, las campañas de erradicación de la viruela así como la campaña contra el pian.

A través de su División de Planificación y Evaluación de Programas, el SCISP inició la programación local de los servicios de salud, el manejo de la estadísticas y de las técnicas de evaluación, supervisión y la información periódica. Se firmaron convenios y se realizaron las obras de trascendencia para el país como los de Salud Ocupacional, la construcción de la Facultad de Medicina de La Paz, la ampliación del edificio de salubridad SCISP, el establecimiento de la Central de Abastecimiento del Ministerio de Salud Pública, entre otros.

Con el SCISP también se inicia y consolida una de las ramas fundamentales en nuestro medio, la de Ingeniería Sanitaria, dentro de la estructura inicial de la institución, fue la única que estaba a cargo del personal norteamericano hasta formar personal profesional boliviano. El ingeniero William Mac Quari, al desarrollarse esta división, en su segundo periodo había planteado como deberes de la ingeniería sanitaria: el abastecimiento del agua, el alcantarillado, y disposiciones de aguas servidas, saneamiento de alimentos y restaurantes, saneamiento de leches y carnes, playas, piscinas y áreas de recreación, santo de basuras y desperdicios, control de insectos y roedores¹⁷⁰. Bajo estas orientaciones se forjaron el Programa de Aguas

¹⁶⁹ Gregorio Mendizábal Lozano. Desarrollo de la Infraestructura. Los Sistemas de servicios de salud. RBSP N° 51, 1998.

¹⁷⁰ William A. Mac Quary. Ingeniería a nivel nacional. Revista de Salud Pública Boliviana Vol 1, N° 1 1961.

Potables del SCISP, formulada por el personal que ya había sido capacitado como el Ing. Guillermo Dávila, Jefe de la División de Ingeniería Sanitaria, la fundación de la Asociación Boliviana de Obras Sanitarias (ABOS) y la creación en el Ministerio de Salud Pública de la División de Saneamiento Ambiental, cuyos primeros directores fueron el Ingeniero Humberto Sánchez y el Ing. Pedro Antonio Parada. Esta división durante el año 1961 trabajó con nueve ingenieros y suficiente personal de apoyo prestando asesoramiento en ingeniería sanitaria a otras instituciones en preparación de proyectos de Abastecimiento de Agua, Provisión de Alcantarillado, y se entregaron obras de abastecimiento de agua potable en las poblaciones de Sorata, Achacachi, en el departamento de La Paz, Villa Vaca Guzmán y San Lucas en el departamento de Chuquisaca, Entre Ríos y Padcaya en Tarija, San Ignacio de Moxos, Santa Ana y Reyes en el Beni, Colina Okinagua y el leproso Los Negros en el Departamento de Santa Cruz.

Sin embargo, de la importancia de estos logros del SCISP en Bolivia se considera que su mayor contribución estuvo en la formación, la capacitación y el adiestramiento del personal boliviano en el campo de la Salud Pública. El Dr. Antonio Brawn que fue director asociado decía que se lo puede considerar “*como el indicador en el país de esta profesión especializada en sus diversos niveles de actividad y en sus diversos planos de aplicación*”¹⁷¹ y el Dr. Carlos Ferrufino, considera que en el conjunto de sus realizaciones el SCISP fue la cuna de la Salud Pública en Bolivia¹⁷². A parte de los cursillos sistemáticos para los diferentes tipos de trabajo para capacitar al personal, otorga alrededor de 200 becas en el exterior para profesionales bolivianos para su formación en la especialidad de la Salud Pública. Se formaron alrededor de 60 médicos, 30 enfermeras, 25 ingenieros sanitarios, 7 ingenieros industriales, 6 educadores sanitarios, 7 trabajadoras sociales, 3 nutricionistas, 5 epidemiólogos, fuera de otras especialidades como estadística, arquitectura, laboratorio relacionados con el trabajo en Salud Pública.

A nivel nacional continuando con sus planes de capacitación se organizó la Escuela de Técnicos de Salud Pública para la que se construyó un edificio, el actual Centro epidemiólogo, al ingresar a la autopista Al Alto, donde se formó en diferentes cursos debidamente programados, auxiliares de enfermería, técnicos sanitarios, técnicos en laboratorios, técnicos en estadísticas, técnicos en rayos x y educación sanitaria. La escuela estaba dirigida por el Dr. Jorge Quinteros y en su planta de profesores figuraba personal nacional y personal de la OPS/OMS y el SCISP. En 1964 se dictó el primer curso de Salud Pública para médicos, recién egresados, para 36 asistentes en el que participaron como profesores todos los jefes de Direcciones y Departamen-

¹⁷¹ Dr. Antonio Braun L. El Servicio Cooperativo Interamericano en Bolivia. Revista de Salud Pública Boliviana. Año II N° 0, año 1962.

¹⁷² Carlos Ferrufino. Archivos Bolivianos de Historia de la Medicina Vol 3 N° 1, junio 1997.

tos del Ministerio de Salud Pública y la cooperación del ministro Dr. Jáuregui a quien se le asignó los temas de Investigación Social de las áreas rurales en Bolivia y Situación de Salud en Bolivia, Organización del Ministerio de Salud Pública.

Después del Dr. Donoban, fueron Directores del SCISP el ingeniero William A. Mac Quarry que actuó como director durante el año 1960, continuo en estas funciones hasta el 22 de abril de 1961; el Dr. Endre K. Brummer se incorporó a las actividades el 2 de Agosto de 1951 y el Dr. Antonio Brawn L. actuó como director asociado.

Hasta el año 1960 el SCISP había conseguido alcanzar sus objetivos de promover y organizar servicios de salud de carácter preventivo, adiestrar y capacitar personal boliviano para los diferentes campos de la salud pública, procediendo en ese año, en cumplimiento de su tercer objetivo de entregar progresivamente todos los servicios al Ministerio de Salud Pública, empezando por la transferencia de la División Médica-Centro de Salud. El 26 de febrero de 1960, el Médico Director de la Unidad Sanitaria de La Paz, Dr. Gregorio Mendizábal Lozano, fue transferido como jefe de la División Médica, al Ministerio de Salud Pública y conjuntamente con las jefes de enfermería, Servicio Social y Educación para la Salud. Después de la entrega de esta división el SCISP, desarrolló sobre todo el área de la ingeniería sanitaria funcionando durante el año 1961, con cuatro divisiones: administración, servicios técnicos especiales, ingeniería sanitaria y erradicación de la malaria (SNEM).

El 16 de mayo de 1963 finalizaron practicante las actividades del SCISP en Bolivia. La ceremonia de entrega tuvo lugar en el despacho del Ministerio en un sencillo acto en que recibió el Dr. Guillermo Jáuregui, ministro de Salud Pública, de manos del Sr. Alexander Fierfer, director de USAID los documentos que daban constancia del cumplimiento del Convenio. Un año más tarde dejaría también el Ministerio el Dr. Guillermo Jáuregui. El éxito del SCISP en Bolivia fue también el éxito de la gestión del Ministro Jáuregui, quien supo conservar la autonomía de la conducción de esta organización dentro del ministerio, alejando los vaivenes políticos gubernamentales y de la contribución del personal boliviano capacitado que supo mantener en todos los niveles de la organización la continuidad patriótica de sus políticas de salud, por primera vez formuladas.

EL PLAN DE SALUD 1966 – 1975

El año 1965 el Consejo Técnico del Ministerio había formulado una Plan Bienal Normativo 1965-1966, que contenía los programas de las direcciones y departamentos y *“establecía la necesidad de formular un Plan decenal de Salud para el periodo de 1966-1975, como componente del Plan de Desarrollo Económico y Social que estableciera la estructura del nivel de salud y definiera los políticos de*

salud en relación a la de desarrollo''¹⁷³. Para su formulación la resolución Ministerial del 14 de mayo de 1965 dispuso que la Oficina de Planificación con el personal adiestrado que la integra cumpla con flexibilidad el calendario de trabajo; que el Departamento de Bioestadística integre la Oficina de Planificación; que el personal seleccionado para intervenir en el curso e instrumentación por establecimiento sea declarado en comisión y que se solicite la cooperación de los organismos internacionales OPS/OMS, USAID/B para la formulación del Plan. El Decreto Ley N° 7299, del 1° de octubre de 1965, dio conformación técnica administrativa a las Unidades Sanitarias, como organismos ejecutores de los planes de salud, a nivel departamentales, en lugar de los Distritos Sanitarios. El Decreto contemplaba en función de la formulación y ejecución del plan que debían ser canalizados a través de Unidades Sanitarias geográficas y poblacionales, que no necesariamente estaban delimitadas por la división política del país. Por criterio del Consejo Técnico se adoptó la nueva delimitación por áreas programáticas de 10 Unidades Sanitarias:

- La Unidad Sanitaria de La Paz que comprendía el Departamento y la Provincia Ballivián del Departamento del Beni
- La Unidad Sanitaria de Pando, comprendiendo su Departamento.
- La Unidad Sanitaria del Beni, comprendiendo el Departamento menos la Provincia Ballivián
- La Unidad Sanitaria de Cochabamba, correspondiente al Departamento
- La Unidad Sanitaria de Oruro, correspondiente también al Departamento
- La Unidad Sanitaria de Santa Cruz, correspondía al Departamento con excepción de la Provincia Cordillera
- La Unidad Sanitaria de Tarija, correspondiente al Departamento
- La Unidad Sanitaria de Chuquisaca, correspondiente al departamento más la Provincia Cordillera de Santa Cruz
- La Unidad Sanitaria de Tupiza conformada con las Provincias de Sud Lipez y Sud Chichas de Potosí
- La Unidad Sanitaria de Potosí correspondiente al Departamento, menos las Provincias de Sud Lipez y Sud Chichas.

La formulación del Plan se inició a mediados de julio de 1965, con un cursillo a los Directores de las Unidades Sanitarias y Jefes de Departamentos del Ministerio, con el objeto de difundir conocimientos de la metodología CENDES-OPS/OMS, que se tenía que desarrollar y sensibilizar al personal del Ministerio en su formulación, su ejecución y su seguimiento comprometiendo su participación. En el proceso, la contribución de la OPS/OMS fue muy significativa, se contó con el apoyo y el asesoramiento en el diseño, del Dr. Hernán Durán, Director del Curso Internacional de Planificación en Salud, en Chile, así como con el concurso del Dr. David Tejada de

¹⁷³ Decreto Supremo N° 07580. Alfredo Ovando Candia, 13 de abril de 1966.

Rivero de la OPS/OMS y la consultoría a corto plazo de tres meses del Dr. Alejandro Sotelo, Subdirector de la Oficina de Planificación del Perú. En el seguimiento de su implementación y los cursos a niveles departamentales que se sucedieron cooperaron los asesores Federico Bresani, del Perú, María Mujica de la Argentina y Gabriel Borda del Brasil, funcionarios de OPS/OMS. El 2 de febrero de 1966 fue entregado el Plan por la Oficina de Planificación, Investigación y Evaluación del Ministerio, al Sr. Ministro de Salud, Coronel Carlos Ardiles Iriarte y en la misma fecha el Sr. Ministro de Salud Pública, se dirigió al Cnel. DEMA José Carrasco R. Del Ministerio de Planificación y Coordinación haciendo la entrega oficial del documento. El Decreto Supremo N° 0758 del Presidente de la H. Junta Militar de Gobierno, General Alfredo Ovando Candia, de fecha 13 de abril de 1966, aprobaba el Plan nacional de Salud 1966-1975 (Primera aproximación) que sería incorporado al Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social y que servía de marco de referencia y modelo normativo de todas las actividades de salud en el país¹⁷⁴.

El Plan Nacional de Salud 1966-1975 estaba estructurado en seis partes: Estudio Institucional del Sector, el Diagnóstico de la Situación de Salud., el Pronóstico y la Formulación del Plan Nacional de Salud.

En la Formulación del Plan Nacional de Salud se señalaban los objetivos y la Apertura programática. El objetivo general era mejorar el nivel de salud de la población boliviana como un fin en sí y como un medio para contribuir al desarrollo del país. *“La mejora del nivel de salud se puede obtener mediante la reducción de la mortalidad pronosticada con la aplicación de las técnicas de población de la salud debidamente normalizadas y la atención de la demanda de servicios en cada área programática aplicando medidas de racionalización en el uso de los recursos para obtener una mayor eficiencia técnica”*.

Frente a la situación encontrada por la política de salud (análisis de recursos frente a las necesidades y establecimiento de prioridades) para su ejecución el Plan comprende la siguiente apertura programática: Programa de atención a la población accesible a los servicios permanentes de salud, Programa de atención a la población no accesible a los servicios permanentes de salud., Programas de Comando Central, Programa de Inversiones, Programa de Adiestramiento y Capacidad del personal

El documento termina con recomendaciones y proposición de una Política Básica de Salud de corto y largo plazo de orden administrativos, técnicos y económicos, que, a pesar de los dispositivos que se han ido formulando posteriormente y su apli-

¹⁷⁴ Decreto Supremo N° 0758 del Gral. Alfredo Ovando Candia. Plan Nacional de Salud 1966 – 1975 (Primera Aproximación). Oficina de Planificación. Ministerio de Salud Pública. Año 1966

cación en gran medida, continúan siendo actuales. Entre las recomendaciones a corto plazo se propone formular normas para medir el rendimiento de las actividades programadas; delimitación exacta del sector salud dentro del país, categorización del personal médico y paramédico; implantación de un solo sistema contable único que permita auditoría financiera. Como recomendaciones a largo plazo se señalaban las siguientes:

- Integración de Servicios de Salud Básicos del ministerio de Salud de acuerdo a la proyección del Plan, que parte de la mínima unidad de salud hasta el Hospital tipo grande especializado.
- Integración de todos los servicios de sector salud del país en un solo organismo normativo y ejecutivo de la salud pública nacional.
- Implantación de auditoría médica en todos los servicios de salud del país.
- Implantación del escalafón del médico funcionario y del trabajador de salud
- Descentralización administrativa hasta el nivel de Unidad Sanitaria
- Creación de almacenes centrales de abastecimiento médico a nivel de Unidad Sanitaria
- Implantación del Presupuesto-Programa por Unidad sanitaria
- Análisis del régimen impositivo que regula la participación del sector salud en el desarrollo.
- Participación Popular (desarrollo de comunidad) en la ejecución de obras de infraestructura de salud a nivel de comunidad.
- Análisis del sector privado en el desarrollo y su participación porcentual en salud.
- Racionalización del presupuesto en función de la atención de la demanda (población accesible) y de nuevas áreas de desarrollo (población no accesible) que se incorporan a la economía del mercado.

EL DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

El Programa de Inversiones en sus objetivos generales había planteado: *“Mejorar y ampliar los servicios de salud existentes y particularmente los servicios ubicados en el área rural, así como incrementar la capacidad instalada, creando servicios básicos e integrados, construyendo nuevos establecimientos en las áreas de desarrollo económico y social, así como en las áreas maláricas y otras, objeto de campañas de penetración de Comando Central. El Programa comprendía reequipamiento de servicios (160 servicios constituidos por 69 Centros de Salud Hospitales, 14 Puestos Médicos y 77 Puestos Sanitarios) y extensión de servicios de salud de saneamiento ambiental (construcciones, equipamiento y saneamiento ambiental de*

28 Centros de Salud Hospital y 28 Puestos Sanitarios en coordinación con Desarrollo Rural y Acción Cívica". La OPS/OMS mediante su Representante el Dr. Vargas Tentori invitó al UNICEF a discutir las posibilidades de financiamiento del Plan, sobre todo esta su programación de las inversiones para extender la disponibilidad de servicios. Con los representantes regionales de la UNICEF, el Sr. Knuth Kristiansen, noruego y David Haxton, americano, el Director de la Oficina de Planificación, hizo un recorrido por la mayor parte del país confrontando en el terreno los requerimientos que se habían presentado en el programa de inversiones que señalaban por Unidad Sanitaria, la ubicación del Puesto Sanitario, Puesto Médico o Centro de Salud Hospital, con su población a proteger, el costo de construcción, remodelación y/o equipamiento y las obras de saneamiento básico, especificadas en construcciones y equipamiento. La Comisión al confrontar la propuesta con la observación directa en el terreno de la situación encontrada, coincidente con los requerimientos solicitados dio su aprobación para la elaboración de un programa quinquenal a iniciarse en las Unidades Sanitarias de Cochabamba y Tarija. El convenio para la ejecución del Programa de Extensión y Desarrollo de Servicios de Salud – Bolivia 3104 – UNICEF-OPS/OMS y Gobierno se puso en ejecución con 5 millones de dólares de contribución por UNICEF. A partir de entonces el UNICEF amplió su apoyo y cooperación en Bolivia, incrementando a sugerencia de Knuth Kristiansen, su cooperación y estableciendo su oficina de representación en el país.

Consecuente con el proceso de planificación en los Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, se fortaleció el sistema de notificación de enfermedades transmisibles y se implantó un sistema uniforme de estadísticas de salud (recursos, atención, morbilidad, etc), a los cuales se estaban integrando los organismos autónomos. Se diseñó un modelo de Historia Clínica única que sería implantada gradualmente en los hospitales del país. Se prepararon normas, manuales de instrucción y formularios para ser usados en los sistemas vigentes, y se hizo una primera reorganización del Departamento de Bioestadística, especificándose las funciones del personal.

En el Sistema de Servicios de Salud habían ocurrido cambios estructurales en su configuración, que alentaban el cumplimiento de las metas del Plan y el desarrollo de los programas.

Las jefaturas de sanidad, en la década de los 60 habían cambiado de nombre con la de Jefatura de Distritos Sanitarios y tenían bajo su jurisdicción, en las sedes, capital de departamento, los centros de salud y los hospitales, y a nivel de provincias y comunidades, según correspondían los centros de salud hospital, los puestos médicos y puestos sanitarios que correspondían a la red de servicios.

En los Distritos Sanitarios que funcionaban en el país para el año 1964, la disponibilidad de servicios era de 197 establecimientos de salud, 22 hospitales, 17 centros de salud, 62 centros de salud hospitales, 32 puestos médicos y 64 puestos sanitarios.

En los Centros de Salud de las capitales se ejerció durante un tiempo, inherente a la función del cargo, los principios de la entonces nueva organización sanitaria difundida por el SCISP, por quienes debían constituirse después en los Directores de las Unidades Sanitarias que se definieron como unidades programáticas (con recursos específicos de salud) para la formulación del Plan.

No todos los Centros de Salud estaban dirigidos por personal especializado, mucho menos las Unidades Sanitarias, de los profesionales becados por el SCISP solo algunos ocupaban cargos directivos a nivel del Ministerio y se hacía necesario preparar más personal para las Unidades Sanitarias. La OPS/OMS mediante su representante, el Dr. Fortunato Vargas Tentori, colabora frente a esta situación de falta de recursos especializados con la adjudicación de 12 becas en Salud Pública, en las escuelas de Chile, Puerto Rico, México y el Brasil, para profesionales médicos y una enfermera, entregando los certificados de adjudicación de becas al Ministro de entonces, Dr. Roque Aguilera Vargas¹⁷⁵. A su regreso, los profesionales especializados fueron destacados en sus lugares de origen como Directores de Centros de Salud y Directores de Unidades Sanitarias. Durante el periodo inicial de la organización del Sistema de Servicios, los Jefes Distritales sustituyeron a los Jefes de Sanidad Departamental, ubicados en las dependencias de los Centros de Salud, en algunos casos como en Trinidad se convirtieron en Unidades Sanitarias, cuyo primer Director fue el Dr. Jorge Auza que sustituyó al Dr. Viador Pinto Saucedo.

En Chuquisaca (pese a los esfuerzos del Dr. Jaime Alvarez Zamora por construir un Centro de Salud Modelo), el Dr. Medardo Navarro, pasó de Jefe de Sanidad a Jefe de Distrito y posteriormente a Director de Unidad Sanitaria, en el mismo local. En el caso de Santa Cruz, el Dr. Ismael Suárez, de Director del Centro de Salud pasó a Jefe de Distrito y posteriormente inauguró la Unidad Sanitaria. En Cochabamba, el Director del Centro de Salud, Dr. Rubén Gonzáles, se promocionó a Jefe de Distrito, luego Director del Centro de Salud La Paz, pasando al Ministerio como Jefe de la División de Fomento de la Salud, al retornar a Cochabamba fue Director de la Unidad Sanitaria.

En Oruro, el Dr. Humberto Herbas, uno de los becados por OPS/OMS, organizó desde el Centro de Salud, la Unidad Sanitaria de Oruro. En Tarija, el Dr. German Hoyos siguió la tradición sanitaria de Francisco Torres Bracamonte y Antonio Brawn,

¹⁷⁵ Entrega de 12 Certificados de Beca. Revista Salud Pública Boliviana. Año VI, N° 31, 1961.

como Director del Centro de Salud y organizador de la Unidad sanitaria. En Potosí, el Dr. Héctor Aliaga Garrón, sustituyó al Jefe de Distrito y organizó la Unidad Sanitaria desde el Centro de Salud y el Dr. Florentino Machicado, especializado en Salud Pública y Administración de Hospital, fue Director del Hospital Bracamonte. En Pando, el Dr. Juan José Salinas, inauguró el cargo de Director de Unidad Sanitaria, reemplazando a la Jefatura del Distrito que estaba a cargo del Dr. Oscar Camacho Melean. La Unidad Sanitaria de Riberalta, fue creada posteriormente, ocupando el cargo el Dr. Alfonso Melgar, excelente cirujano que fue ganado por la Salud Pública hasta su fallecimiento. La Unidad Sanitaria de Tupiza se inauguró con el Dr. Rafael Torricos, quien se encargó de incitar a los profesionales a hacer la especialidad de Salud Pública. En La Paz cuyas acciones sanitarias eran atendidas directamente por el Ministerio de Salud Pública, el Ministro Ardiles encargó al Dr. Wálter Julio Fortún, la organización de la Unidad Sanitaria La Paz. En el proceso de cambios estructurales en la organización de los Servicios de Salud, los años 60 constituyeron en Bolivia el inicio de los esfuerzos por extender la cobertura, iniciando con el desarrollo de la infraestructura. El Plan Decenal de Salud 1966-1975 había proyectado en su primera fase los requerimientos de los Centros de Salud Hospitales, Puestos Médicos y Puestos Sanitarios deficitarios y la creación de 28 Centro de Salud Hospitales y 92 Puestos Sanitarios.

Las actividades correspondientes a Malaria, control de Tuberculosis y Lepra, se habían integrado sucesivamente a las acciones estables de los servicios, determinando niveles de atención, al definir las acciones que competan a los establecimientos según tipo, ubicación, recursos disponibles, grado de capacidad para resolver los problemas y tecnologías adecuadas.

EL FONDO INTERNACIONAL DE SOCORRO A LA INFANCIA DE LAS NACIONES UNIDAS – UNICEF.

Esta Institución internacional que ha cobrado resonancia universal como protectora de la niñez, fue establecida por la Asamblea General de las Naciones Unidas (11-XII- 1946) con el propósito concreto de obtener ayuda para la infancia. Se originó en momentos de espantosas privaciones causadas por la Segunda Guerra Mundial, entonces la administración de la Ayuda y Rehabilitación de las Naciones Unidas (UNRRA) que se había esforzado por solucionar los asuntos más urgentes de esa situación se encontraba en fase de liquidación. Para prevenir especialmente el sufrimiento de los niños que sobrevendría al suprimir enteramente esta ayuda, el Consejo de la UNRRA, recomendó el establecimiento de un fondo para continuar ayudando a la infancia por intermedio de las Naciones Unidas. Haciendo suya esta recomendación la Asamblea de las Naciones Unidas aprobó por unanimidad la Resolución 57, por la cual se establecía el Fondo Internacional de Socorro a la Infancia,

invitando a los gobiernos a contribuir en su sostenimiento. Al mismo tiempo se aprobaba la Resolución 48 por la cual se solicitaba contribuciones particulares voluntarias. Con este fundamento jurídico el mandato de UNICEF estaba dirigido a ofrecer ayuda a los niños de los países que fueron víctimas de la agresión bélica y *“asegurar la higiene de la infancia en general”*.

En diciembre de 1950, la Asamblea General en su Resolución 417 decidió que en lo sucesivo el Fondo se dedicaría especialmente a prestar ayuda a los niños de los países insuficientemente desarrollados económicamente, con el propósito de hacer más eficaces los programas permanente de defensa de la salud y de bienestar infantiles que esos países se habían propuesto ejecutar. Sobre las intenciones de esta Resolución la Asamblea General de 1953 volvió a examinar los propósitos del Fondo, dándole un carácter permanente. Los principios rectores de este organismo fueron aprobados en los siguientes términos: a) La ayuda deberá prestarse sin distinción de raza, región, nacionalidad o ideas políticas b) La contribución del UNICEF debe completarse con una contribución equivalente del gobierno o de las asociaciones privadas dentro de cada país. c) La ayuda prestada por el Fondo debe traducirse en una contribución permanente a la protección de un gran número de niños por medio de proyectos que puedan trascender a la masa y que sin embargo estén dentro de las posibilidades de los países ayudados para que estos puedan continuar después del periodo inicial. El UNICEF al iniciar su misión prestó ayuda destinada principalmente a la alimentación infantil, sobre todo en los países de Europa afectados por la guerra y en la región de Palestina. Posteriormente atendiendo las solicitudes sobre situaciones de urgencia, la mayor parte de los esfuerzos del Fondo se destinaba en los países insuficientemente desarrollados, fuera de Europa, a cooperar en la solución de los problemas de la Atención Maternoinfantil. El apoyo que venía brindando el UNICEF, principalmente en suministros y equipo con la participación de la OPS/OMS en la programación estaba catalogada en tres tipos de categorías:

- Asistencia a países para fines generales de protección materno infantil, incluyendo Establecimientos y ampliaciones de sus servicios básicos para madres y niños, formación profesional de personal encargado de la protección de la infancia, campañas en masa contra las enfermedades que atacan especialmente a gran número de niños
- Asistencia a los países para los programas de alimentación infantil y otros relacionados como los proyectos para la conservación de la leche y otros productos alimentarios y nutrientes.
- Asistencia a grupos especiales necesitados por causas excepcionales de carácter urgente.

El UNICEF está gobernado por una Junta Ejecutiva de 30 naciones que se reúnen una vez al año para determinar las políticas, considerar los pedidos, asignar ayudas y evaluar los resultados alcanzados. El Consejo Económico y Social y la Asamblea General revisan anualmente las realizaciones de periodos precedentes. El trabajo diario es administrado por un Director Ejecutivo y su personal en la sede de Nueva York y por 32 oficinas del UNICEF distribuidos en el terreno.

Las relaciones formales de UNICEF en Bolivia se iniciaron en el año 1953, con el Ministro de Higiene y Salubridad, Julio Manuel Aramayo, con la dotación de material y equipamiento de las unidades de servicios materno infantil que se habían instalado en el SCISP en los Departamentos de Tarija, Oruro y Santa Cruz¹⁷⁶ y en el proyecto de Desarrollo Rural del Area Andina (Ecuador, Perú y Bolivia). El Programa Indigenista Andino cuyo objetivo era aumentar el nivel de vida de la población indígena de la región y promover su integración en la vida social, económica y cultural de sus respectivos países, contaba con la colaboración de las siguientes instituciones participantes: Organización Internacional del Trabajo (OIT), las Naciones Unidas mediante el UNICEF, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS)

En la parte boliviana se venía desarrollando el Proyecto Pillapi, una comunidad cercana al Lago Titicaca, de desarrollo integrado, donde corresponde a salud se había establecido un Centro de Salud para la atención materno infantil y la formación de personal de enfermería, la provisión de agua mediante pozos para la bebida, limpieza personal y regadío de los huertos y granjas de producción de alimentos. Los otros proyectos donde colabora Naciones Unidas-UNICEF y las otras organizaciones fueron Playa Verde, otra comunidad en el Altiplano, base de un proyecto de mejoramiento de las condiciones de vida, con participación de la comunidad en construcción de viviendas y huertas comunales. En Otavi también se había iniciado el apoyo con material y equipamiento al proyecto de creación de un Centro de Salud Hospital, que adquiriría resonancia nacional por su excelente equipamiento quirúrgico proporcionado por Naciones Unidas, gracias a las gestiones de Margareth Anstí, representante en Bolivia. Igualmente el UNICEF siguió colaborando en Santa Cruz el proyecto de Cotoca, de asentamiento indígena migrante del altiplano. El Oficial de Programación Jean Speiser, en su artículo-informe de su recorrido por este proyecto decía: *“Si este ataque coordinado contra el bajo nivel de los indios de la Región Andina alcanza éxito, es posible que estos no tengan ya que abandonar la tierra en busca de un hogar nada conveniente en la ciudad. Quizá un día los esta-*

¹⁷⁶ Rolando Costa Arduz. Historia del Ministerio de Salud. D.S. 3435 y 3521 del 16 de julio y 19 de octubre de 1952.

blecimientos de Pillapi, Playa Verde y otros muchos más se conviertan en jardines junto al cielo”¹⁷⁷. El primer Representante de Area que aproximó el UNICEF a Bolivia fue Knud Christensen, natural de Dinamarca, que había tenido que interrumpir sus estudios durante la Guerra Mundial, siendo confinado a un campo de concentración, después de la guerra trabajó en la Cruz Roja Danesa y en la Campaña Internacional contra la Tuberculosis, siendo asesor de la OMS en Pakistán y luego Representante del UNICEF en este país y en 1964 se trasladó a Lima como representante de Area para Perú, Bolivia, Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay.

Acompañaba a Christensen sus inspecciones a los proyectos de Bolivia el Dr. David P. Haxton, canadiense, residente en San Luis, Missouri (EE.UU), con estudio de economía e historia en Washington. Había servido a las Fuerzas Armadas de Estados Unidos en las Filipinas, China, Japón y últimamente como parte de las Fuerzas de las Naciones Unidas en Corea (1980). Después de varios cargos en otras instituciones especializadas fue Jefe de la Oficina de UNICEF como Oficial de Enlace y cuando llegó a Bolivia como Director de Programación para Bolivia, Paraguay y Chile, desde 1963 con asiento en Lima Christensen y Haxton se convirtieron en asesores y programadores en la Oficina de Planificación del Ministerio de Salud Pública, colaborando en la formulación del Proyecto de Desarrollo y Extensión de Servicios de salud y capacitando al personal en las áreas seleccionadas para la implantación. Por lo menos en lo que respecta al país, con estos dos profesionales el UNICEF pasó a ser de oficina proveedora de material y equipo a los gobiernos por intermedio de la OPS/OMS, a organismo cooperador técnica y administrativamente con la OPS/OMS y de responsabilidad conjunta de llevar adelante la meta de Salud para Todos formulada en Alma Ata.

El UNICEF consecuente con la declaración acordada en esta Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, promovió la Resolución a favor de la infancia basada en la aplicación de medidas efectivas sin costos altos, y con la organización, administración y participación popular, utilizando cuatro armas efectivas contra la alta mortalidad infantil: la vacunación, la rehidratación oral, la lactancia materna y el control del estado nutricional del niño, mediante registros objetivos y prácticos de la evolución del crecimiento y desarrollo. Al respecto, en 1984 al formularse las acciones y actividades bajo el Plan de Salud para Todos en la estrategia de la Atención Primaria de Salud, el Lic. Carlos Cuentas Zabala, Oficial de Programas, Residente del UNICEF decía: “*las diarreas, las infecciones respiratorias agudas, el bocio, la Malaria, el Mal de Chagas, las enfermedades transmisibles y tantas otras encuentran su solución en distintos programas que como nunca antes reci-*

¹⁷⁷ Jean Speiser. El UNICEF a la obra de los Andes. *Revisa Salud Pública Boliviana*. Año VI, N° 31, 1977.

ben el apoyo de UNICEF en medicamentos, equipos, materiales, asistencia técnica, campañas educativas y de comunicación social, así como recursos económicos”¹⁷⁸.

En términos generales, UNICEF busca: Eliminar el analfabetismo y apoyar la capacitación para la producción de la población de 15 a 45 años; asegurar el desarrollo integral de las niñas y niños menores de tres años y el acceso universal al agua, saneamiento e higiene.

Entre los logros obtenidos en los últimos años, gracias al trabajo conjunto del Estado Boliviano con UNICEF y con otras organizaciones, cabe señalar:

- Elaboración y promulgación del Código del Niño, Niña y Adolescente
- Reglamentación y aplicación de la Ley Contra la Violencia Doméstica
- Elaboración y aplicación del Seguro Básico de Salud
- Eliminación de las enfermedades provocadas por deficiencia de yodo
- Fortificación de alimentos con Vitamina A, control de deficiencias de micronutrientes.
- Elaboración y ejecución de la Reforma Educativa
- Promoción y ejecución de programas de educación de adultos y alfabetización
- Elaboración del Plan para la Erradicación Progresiva del Trabajo infantil
- Nacimiento y fortalecimiento de las Defensorías Municipales de la Niñez y Adolescencia
- Creación de los Servicios Legales Integrales y de las Brigadas de Atención a la Familia.
- Fortalecimiento municipal y comunitario
- Creación y funcionamiento de los Centros de Desarrollo Infantil
- Dotación de sistemas de agua potable, letrinas, módulos de saneamiento.

¹⁷⁸ Lic. Carlos Cuentas Zabala. Oficial de Programas, Residente del UNICEF. Presentación. Revista Salud Pública Boliviana. Año XIV, N° 42, XII, 1984



“El Plan Nacional de Salud debe servir de marco de referencia y modelo normativo de las actividades de salud en el país, como medio para producir mayor capacidad de trabajo y de gastos de consumo y como un final destinado a lograr un mayor bienestar de la comunidad, compatibilizada con los demás sectores económico-sociales”

**Decreto Supremo N° 7580. Gral. Alfredo Ovando Candia
Presidente de la Junta de Gobierno, 13 de abril de 1966**

“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria integral puesta al alcance de la comunidad por medios que le sean socialmente aceptables con plena participación comunitaria, a un costo que la comunidad y el país pueden soportar y cuya responsabilidad de ejecución se asienta en el equipo de salud y la comunidad en los diferentes niveles de atención. La Atención Primaria de Salud se constituye en el núcleo principal del Sistema de Salud y la estrategia principal para la extensión de cobertura”.

**Políticas y Estrategias de Salud, 1981–2000.
Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. 1981**

LOS GOBIERNOS MILITARES Y LA APERTURA DEMOCRÁTICA

En los 23 años de historia republicana que corresponde a la vigencia del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, en el tiempo transcurrido de 1970 a agosto de 1993, los siguientes ciudadanos ocuparon el sillón presidencial: Alfredo Ovando Candía (1969-1970), Juan José Torres (1970-1971), Hugo Bánzer Suárez (1971-1978), Juan Pereda Asbún (1978), David Padilla Arancibia (1978-1979), Wálter Guevara Arce (1979), Alberto Natusch Busch (1979), Lidia Gueiler Tejada (1979-1980), Luis García Meza Tejada (1980-1981), Celso Torrelio Villa (1981-1982), Guido Vildoso Calderón (1982), Hernán Siles Zuazo (1982-1985), Víctor Paz Estenssoro (1985-1989) y Jaime Paz Zamora (1989-1993). De estos 14 gobernantes, 9 fueron militares y 5 civiles, una mujer entre ellos, con una permanencia de gestión en el gobierno por término medio de 18 meses, el de menos tiempo fue Natusch Busch (16 días), y Hugo Bánzer detentó el poder siete años; dos presidentes, el Dr. Paz Estenssoro y el Lic. Jaime Paz Zamora completaron su periodo constitucional de cuatro años.

El General Ovando que junto a René Barrientos organizó el Golpe de estado que derrocó a Víctor Paz Estenssoro fue copresidente de la república en 1965, Presidente interino en 1966 y en 1969 derrocó a Luis Alberto Siles Salinas y asumió la Presidencia hasta octubre de 1970; en su gobierno se realizó la construcción de la Planta de Fundición de Estaño de Vinto, y bajo la inspiración del Ministro de Energía e Hidrocarburos, Marcelo Quiroga Santa Cruz, la nacionalización de la Gulf; en el campo de la educación se inicia una intensa campaña de educación y la firma del Convenio Internacional Andrés Bello. El ministerio de Planeamiento a cargo de José Ortiz Menacho presentó un *“Proyecto de estrategia Nacional de Desarrollo Económico y Social de Bolivia”*, el proyecto más serio y coherente de largo plazo elaborado en Bolivia en las últimas décadas¹⁷⁹. El Gral Torres asumió el mando de la nación tras el golpe de estado producido dentro de un levantamiento militar en la base aérea del Alto apoyado por una huelga general nacional decretada por la COB y juró la presidencia ante el pueblo reunido en la Plaza Murillo. Como hechos destacados en su gobierno se señalan la rescisión del contrato de la Mina Matilde pasando al control del estado, la expulsión de Bolivia *“Al Cuerpo de Paz”* norteamericano; la cooperativización de El Diario, la toma del centro Boliviano Americano y de IBEAS (Instituto de Estudios Sociales) cuyo edificio fue confiscado por la UMSA y luego se convirtió en Ministerio de Planeamiento, la liberación de Regis Debray y Ciro Bustos y la Asamblea Popular con 223 delegados representantes de sectores de producción y de clases, mineros (mayoría), fabriles y en menor medida universitarios, maestros e intelectuales sustituyendo al parlamento, transformándose en el verdade-

¹⁷⁹ Humberto Vásquez Machicado, José Vera, Teresa Gisbert, Carlos D. Mesa Gisbert, Manual de Historia de Bolivia. La Paz, 1988

ro órgano de poder en el país, con sus asambleas regionales en cada departamento, no pasó de su etapa organizativa y de una larga serie de discursos retóricos bajo la presidencia de Juan Lechín y el secretariado general a cargo de Oscar Eid. El Gobierno de Torres muy debilitado ya, a pesar de su poco tiempo fue sustituido por el Gobierno de Bánzer quien organizó el golpe de estado en los que confluyeron los sectores de derecha, la empresa privada, una gran parte de las fuerzas armadas y la participación de FSB y del MNR.

En el periodo de Gobierno de Hugo Bánzer se produjo una etapa de relativa bonanza económica favorecida fundamentalmente por los buenos precios de las materias primas de exportación, a un alto precio de represión social y atentatoria a los derechos humanos.

La caída del Gral. Bánzer abre el periodo de mayor inestabilidad política de la vida republicana. Por un lapso de cuatro años hasta el comienzo de la Presidencia del Dr. Hernán Siles Zuazo, el país se ve sacudido por dislocamientos violentos de su estabilidad y su continuidad política. En este periodo se cuentan nueve gobiernos (ocho presidentes y una Junta Militar). De ellos siete de facto y sólo dos constitucionales. Esto supone un promedio de un gobierno cada cinco meses y medio. Nunca antes el país había sido sacudido por tal índice de inestabilidad de su poder político.

Después de los breves pasos por el poder de Pereda Asbún y el Gral. Padilla, las elecciones de 1979 en su resultado final dieron un virtual empate entre Siles Zuazo y Víctor Paz. Al no obtener la mayoría absoluta ninguno de los candidatos, la decisión final la tomó el Parlamento que no pudo lograr la mayoría para ninguno. Después de cinco votaciones decidieron designar como Presidente Constitucional Interino al Dr. Wálter Guevara Arce, Presidente del Congreso, por el lapso de un año. En esta situación el golpe dado por el Cnel. Natusch Busch, interrumpió este periodo interino democrático. La presión de la COB y la repulsa general de la ciudadanía produjeron la renuncia de Natusch a condición de que Guevara no volviera al Gobierno. De ese modo el Congreso designó a Lidia Gueiler Tejada, Presidente de la Cámara de Diputados, como Presidente Constitucional Interina, quien a los pocos meses tuvo que enfrentar al grupo “duro” de las Fuerzas Armadas, encabezado por Luis García Meza.

A pesar de la violencia desestabilizadora que se desencadenó, las elecciones de 1980 se realizaron en un ambiente de calma, volvió a ganar Hernán Siles y en segundo lugar otra vez Paz Estenssoro, sin haber obtenido ninguna mayoría absoluta. Días después de las elecciones se produjo el golpe de García Meza. Este gobierno sin duda, uno de los más nefastos de la historia del país, por los crímenes de la calle Harrington, el asalto a la COB con ambulancias camufladas y el asesinato al líder

Marcelo Quiroga Santa Cruz, el negociado de las piedras semipreciosas de la Gaiba y el narcotráfico, terminó al levantarse en Santa Cruz, Natusch y Luis Añez. La mediación de la iglesia evitó que los sublevados hicieran gobierno y dio paso a la Junta de Gobierno compuesta por Torrelio, Bernal y Pammo, tres máximos Comandantes de las FF.AA., los que decidieron dar nuevamente al Ejército el control de la Nación, designando a Ceso Torrelio Presidente. En este gobierno comienza a cristalizarse una aguda crisis económica que se había generando de tiempo atrás y que se hacía inevitable y que llevaría al país a una hiperinflación. Por decisión de las Fuerzas Armadas, el Coronel Guido Vildoso Calderón que fue Ministro de Previsión Social y Salud Pública fue designado Presidente de la república, quien tuvo el gran acierto de retomando la realidad política que había sido interrumpida violentamente en 1980, entregar el mando al Presidente Constitucional electo Dr. Hernán Siles.

En Bolivia, el gran cambio que da lugar a la apertura democrática, en el ordenamiento político, se inicia en 1982, con la entrega del poder del General Guido Vildoso al Dr. Hernán Siles Zuazo que es llamado del exilio para asumir la Presidencia de la República, que en las últimas elecciones se le había conferido constitucionalmente.

Entonces, las condiciones económicas y sociales son sumamente difíciles al heredar una pesada carga con el proceso de inflación en pleno desarrollo, los primeros síntomas de declive productivo y decrecimiento del PIB, además de una creciente influencia del narcotráfico. La Unión Democrática y Popular (UDP) de Hernán Siles Zuazo además estaba debilitada políticamente debido a la salida del MIR del Gobierno. Este partido volvió a ingresar en abril de 1984 y lo abandonó nuevamente en diciembre de 1984. La medida más polémica en este campo fue la desdolarización de la economía que afectó severamente a los pequeños ahorristas y saneó las pérdidas de muchísimas empresas privadas del país subrogándolas al Estado en lo referente a su deuda exterior. El resto de las medidas económicas que combinaban la evaluación, ajustes de precios de productos básicos y elevación de hidrocarburos con la contrapartida de aumentos salariales, no hizo sino acelerar la inflación. La devaluación del Peso Boliviano en el mercado paralelo fue de 225 pesos por dólar en octubre de 1982 a 1,161.758 pesos por dólar en agosto de 1985. La inflación en el período fue de 123% en 1982 a 8.767% en el año 1985. Por otro lado, la deuda externa controlada a diciembre de 1984 ascendía a un total de 4,670 millones de dólares, lo que significaba un desembolso anual para cubrir intereses muy superiores a las posibilidades del país que afrontaba además una notable disminución de las exportaciones.

Ante este panorama caótico de la economía y la oposición secante del Parlamento, el Dr. Siles después de resistir dos huelgas de hambre, con mediación de la Iglesia, convocó a un diálogo nacional ante la grave crisis que vivía la nación. Se aceptó su

decisión de renunciar a un año de finalizar su mandato y convocar a elecciones para julio de 1985. El resultado de las elecciones del 14 de julio dio el triunfo a Hugo Bánzer (28.5%) seguidos de Víctor Paz (26.4%). Una vez más el Congreso Nacional debía decidir la presidencia y por primera vez en la Historia, y serviría de antecedente después, el segundo candidato derrotó al primero en las elecciones del Congreso. De este modo el Dr. Víctor Paz Estenssoro, con 94 votos sobre 51 de Hugo Bánzer, llegó por cuarta vez a la Presidencia de la República. Casi al mes de posesión, el Gobierno promulgó el Decreto Supremo 21060 que establecía el comienzo de una nueva política económica sobre la base de la estabilización de la economía y el restablecimiento de la autoridad del Estado y el Gobierno, reducción drástica del déficit fiscal mediante aumento de precios de los hidrocarburos y congelación de salarios, creación del Bolsín administrado por el Banco Central, reducción de la burocracia estatal con despidos masivos, respaldo a las exportaciones y libertad de importaciones y la reestructuración de la COMIBOL, YPFB, y CBF, fueron algunos rasgos centrales que caracterizaron al D.S. 21060.

La inmediata reacción de la COB, con una huelga general fue neutralizada con el Estado de Sitio y el confinamiento de líderes sindicales importantes. En octubre, el Presidente firmó con la mayoría opositora de ADN, liderizada por Hugo Bánzer el llamado Pacto por la Democracia, que le permitió contar con la mayoría parlamentaria. Se aprobó la Reforma Tributaria que incluía el Impuesto al Valor Agregado (IVA), se negoció con el Club de París y el FMI la deuda pesada de Bolivia. Frente a la llamada “Marcha por la Vida” en la que 1500 mineros avanzaban de Oruro a La Paz, se decretó el segundo Estado de Sitio y se detuvo la marcha en Patacamaya. De este modo se llevó adelante la reestructuración de la COMIBOL, que consistió en el cierre de varias minas y el despido de 18,000 trabajadores mineros sobre un total de 27,000. La hiperinflación que había llegado a su vértice en agosto de 1985, logró detenerse en seco en febrero de 1986, cuando tomó el timón de la economía el Lic. Gonzalo Sánchez de Lozada desde el Ministerio de Planeamiento y Coordinación. A partir de entonces la inflación se aproximó a cero, con un estancamiento total de crecimiento.

Al finalizar el gobierno constitucional del Dr. Víctor Paz Estenssoro, la población consciente y decidida a mantener el proceso democrático que se había iniciado, acude en masa el mes de mayo de 1989 a las urnas para las elecciones presidenciales. Otra vez, no se obtiene mayoría absoluta, el Lic. Gonzalo Sánchez de Lozada, obtiene con muy poco margen el primer puesto, seguido por Bánzer y el tercero el Lic. Jaime Paz Zamora. La decisión esta vez no llega al Congreso, una alianza de ADN de Bánzer y del MIR (enemigos declarados en el pasado), decidió la designación como Presidente del tercer candidato, el Lic. Jaime Paz Zamora. Antes de las elecciones se había disuelto el Pacto por la Democracia, entre ADN y el MNR. Este

tercer gobierno de corte constitucional y civil, constituido por Jaime Paz Zamora y Ossio (1989–1993) fue el resultado de una alianza de cuatro partidos completamente opuestos en doctrina, Acción Democrática Nacionalista ADN, Movimiento de Izquierda Revolucionaria MIR, Democracia Cristiana (PDC), Frente Revolucionario de Izquierda Marxista–Leninista (FRI).

EL MINISTERIO DE PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA

El Congreso de 1947 había determinado dividir las áreas de Salubridad de las de Trabajo y Previsión Social del Ministerio del Sector Salud, tomando el nombre de Ministerio de Higiene y Salubridad, hasta que por el D.S. de 1958, sobre la base de los fundamentos legales del Código Sanitario y las orientaciones doctrinarias de la carta de Punta del Este, se constituye en Ministerio de Salud Pública. En el Gobierno de Alfredo Ovando Candia por la Ley de Bases del Poder Ejecutivo en 1970 se dio atribuciones al Ministerio de Salud Pública, sobre las funciones de la Seguridad Social, creando dos Subsecretarías, la de Salud y la de Previsión Social, cambiándosele de nombre por el de Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

Mediante Decreto Ley de 30 de abril de 1970 el Gobierno aprobó la ley General del Poder Ejecutivo, relativo a la disposición de la superestructura jurídica e institucional del Gobierno, el Decreto del 11 de junio de 1970 (D.S. 09269) para la reestructuración de los organismos del Gobierno Central y la Constitución Orgánica de los Ministerios de nueva creación, en su artículo 6° decretaba: “*El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública se constituye en base a la anterior organización de unidades del exMinisterio de Salud Pública, con la incorporación de la Subsecretaría de Seguro Social del ExMinisterio de Trabajo y Seguridad Social. Son instituciones descentralizadas de este Ministerio la Caja Nacional de Seguridad Social, Caja de Seguridad Social de Trabajadores Petroleros, Caja de Seguridad Social de Ferroviarios y Anexos, Caja Complementaria de Seguridad Social del Magisterio Fiscal, Caja de Seguridad de Chóferes, La Caja Complementaria de Comunicaciones y la Lotería de Beneficencia y Salubridad*”

Esta nueva estructura orgánica cancelaba las atribuciones de la Dirección del Servicio Nacional de Salud¹⁸⁰ y por el D.S. 9247 del 4 de junio de 1970, del Dr. Javier Ossio, se creaba la Oficina Coordinadora de Servicios de Salud, dependiente del Despacho y en el que “*debían estar representadas todas las entidades de asistencia médica de las empresas públicas e instituciones descentralizadas, a objeto de atender la medicina preventiva, La recuperación de la salud, la rehabilitación del ciudadano y la política de seguridad social*”¹⁸¹. Estas ya eran atribuciones del Servicio

¹⁸⁰ Decreto Supremo N° 09269. 11 de junio de 1970. Gaceta Oficial 1970.

¹⁸¹ Rolando Costa Arduz. Historia del Ministerio de Salud. La Paz. 2001.

Nacional de Salud. En 1979 (D.S. 16806) el Coronel Luis Rivera Palacios, determinó modificar la estructura administrativa del Ministerio con la organización de tres Subsecretarías, la de Salud Pública, la de Seguridad Social y la de Previsión Social y mediante el artículo tercero de este Decreto propuso la creación del Servicio Nacional de salud, como institución pública descentralizada del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, con personería jurídica, autonomía de gestión técnica administrativa y patrimonio propio y que sería el organismo operativo técnico administrativo, el encargado de ejecutar las políticas y programas de salud; en tanto el Instituto Boliviano de Seguridad Social manteniendo su status jurídico dependería del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

A partir del año 1971, constituido el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, las acciones de salud se realizaron bajo el “*Plan Decenal de Salud para las Américas (1971-1980)*” y los planes nacionales de salud, en los periodos de Gobierno de Juan José Tórres, Hugo Bánzer Suárez, Juan Pereda Asbún, ocuparon el cargo de Ministros de Previsión Social y Salud Pública, Dr. Javier Ossio (1970), Dr. Guillermo Aponte B. (1971), Javier Torres Goitia (1971), Dr. Carlos Valverde Barberí (1972-1973), Dr. Luis Leige Suárez (1972-1974), Dr. Jorge Tórres Navarro (1974-1976), Coronel Guido Vildoso (1976-1978) y el Dr. Oscar Román Vaca (1978).

Los Representantes de la OPS/OMS fueron el Dr. Orlando R. Aguilar (1970-1975), el Dr. Cuauhtémoc Pineda (1976-1978) y el Dr. Silvio Gómez (1978-1979).

En 1979 el gobierno envía en su representación al Dr. Oscar Román Vaca a la Conferencia de la Atención Primaria de Salud, en Alma Ata, Kazajstán, Rusia, iniciándose la ejecución del “*Plan de Salud para Todos en el año 2000*”, estando como Presidentes David Padilla Arancibia (1978-1979), Wálter Guevara Arce (1979), Alberto Natusch Busch (1979), Lidia Gueiler Tejada (1979-1980), Luis García Meza (1980-1981), Celso Torrelio Villa (1981-1982), Guido Vildoso Calderón (1982). Fueron Ministros de Previsión Social y Salud Pública el Coronel Luis Kuramoto M. (1978), General Luis Rivera Palacios (1979), Dr. Jorge Abularach (1979), Dr. Aquiles Gómez (1979), Dra. Aida Claros (1979-1980), Dr. Hugo Palazzi (1980), Dr. Juan Avelino Prada Rivera (1980-1981), Dr. José Villarroel (1981), Dr. Arnold Hoffman Bang Soleto (1981-1982) y el Dr. Dorian Gorena (1982). El Representante de la OPS/OMS fue el Dr. Wladimir Rathouser (1979-1983)

En la apertura del periodo democrático con la entrega del poder por el Coronel Guido Vildoso, prestigiando así a las fuerzas armadas al Dr. Hernán Siles Zuazo, elegido constitucionalmente con anterioridad, se suceden los periodos constitucionales de Hernán Siles Zuazo (1982-1985), de Víctor Paz Estenssoro (1985-1989) y Jaime Paz Zamora (1989-1993), con los respectivos Ministros de Previsión Social y

Salud Pública: Dr. Mario Argandoña (1982-1983), Javier Torres Goitia (1983-1985), Hugo Rodríguez Serrano (1985-1986), Carlos Pérez Guzmán (1986-1988), Joaquín Arce Lema (1988-1989), Mario Paz Zamora (1989-1992) y Carlos Dabdub (1992-1993). La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) estuvo representada por el Dr. Gustavo Mora (1983-1987), Dr. Juan Manuel Sotelo (1988-1990), Dr. Germán Perdomo (1990-1992) y Dra. Mirta Roses Periago (1992-1995).

En la conducción, desarrollo y fortalecimiento de la Salud Pública boliviana actuaron en el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, durante los 23 años de su gestión, 25 ministros, con un término medio de 11 meses (11.09) de duración, ninguno llegó a cumplir un periodo continuo del gobierno constitucional, el que más permaneció en el despacho fue el Dr. Jorge Navarro, en el Gobierno de Bánzer, casi 36 meses, y el Dr. Aquiles Gómez en el Gobierno de Alberto Natusch Busch, apenas estuvo 10 días. Los representantes de la OPS/OMS fueron ocho, con un promedio por representante de 35 meses, fue el Dr. Orlando Aguilar que permaneció en el país más tiempo, casi cinco años y el que estuvo menos tiempo en la representación fue el Dr. Silvio Gómez, que no alcanzó a cumplir un año.

EL CÓDIGO DE SALUD

El Decreto Ley N° 15629, promulgado el 18 de julio de 1978 por el Gobierno de las Fuerzas Armadas de la Nación, presidido por el Gral. Hugo Bánzer Suárez y Ministro de Previsión Social y Salud Pública el Coronel Guido Vildoso aprueba el Código de Salud (art. 1°) quedando abrogadas todas las disposiciones del Código Sanitario hasta entonces vigente, promulgado el 24 de julio de 1958 por Decreto Supremo N° 5006 de Hernán Siles Zuazo, siendo Presidente Constitucional de la República. Este nuevo Código se edita en el mes de julio de 1981 en los talleres del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública en su primera edición (29 páginas) y en el año 1990 por resolución Ministerial N° 0624 del mismo Ministerio se autoriza la publicación de la segunda edición y sus reglamentos respectivos. El Código de Salud actualmente vigente consta de un Título Preliminar, 6 Libros, 8 Títulos, 10 Capítulos y 156 Artículos, cuyo contenido sintéticamente vamos a describir a continuación:

- **Las Disposiciones Generales** además de establecer la finalidad y la obligatoriedad del cumplimiento de sus disposiciones, reconoce al habitante boliviano una serie de condiciones del derecho a la salud (10 artículos)
- **La Prevención y Promoción de la Salud**, considera como tales *la Educación para la Salud*, *la Salud Familiar* (enunciado de la atención integral del grupo familiar en el seno del hogar), *la Nutrición* y *la Salud mental y Deportiva*, con un solo Título y 19 artículos, constituye el Libro primero.

- **Del Control y Protección Ambiental**, se ocupa el Libro segundo, tomando los temas del *Saneamiento del Medio Ambiente*, desarrollando los dispositivos generales y los específicos en relación al *Agua, al Suelo, del Aire, del Urbanismo Sanitario, de las Radiaciones ionizantes, electromagnéticas e isótopos radiactivos, la Higiene y Seguridad Industrial, Medicina del Trabajo y Contaminación del Medio Laboral y de los Cadáveres*. Este Libro tiene también un solo Título con 42 artículos.
- **De la Prevención y Control de Enfermedades**, se refiere al *Control de las Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles* y constituye el Libro tercero y los temas de que se ocupa están relacionados con *Inmunizaciones, Enfermedades No Transmisibles, Zoonosis, Accidentes, de la Rehabilitación y de las Disposiciones de Organos y Tejidos*. El Libro tercero, con un solo Título tiene 25 artículos.
- **Las Actividades Sujetas al Control Sanitario**, que constituyen el Libro cuarto, se ocupa de los *Medicamentos, de los Aparatos y Equipos de Salud, de los Estupefacientes y Substancias Peligrosas, de los Venenos, Tóxicos, Reactivos y Disolventes, de los Laboratorios de Salud, de los Bancos de Sangre y otros Organos y Tejidos, de los Plaguicidas, de los Cosméticos y del Tabaco*. El Libro cuarto tiene 1 Título y 28 artículos.
- **El Ejercicio de las Profesiones de la Salud y de los establecimientos que Prestan Servicios de Salud**, son los temas que se desarrollan en el Libro quinto. Se ocupa en cuanto al *Ejercicio de las Profesiones de Salud, de los Dispositivos para el ejercicio de las Profesiones Universitarias, de los Técnicos Medios o intermedios y auxiliares para la salud*, y de las consideraciones inherentes al *Servicio Rural Obligatorio* (Título I, con 9 artículos). En relación a los *establecimientos que prestan servicios de salud* en las Disposiciones Generales se establece las atribuciones de las *autoridades de salud*, las normas para su instalación y funcionamiento, construcciones y servicios que prestan según categorías (Título II con 5 artículos). El Libro tiene 14 artículos.
- **Las Disposiciones Finales**, divididas en Disposiciones Varias y Disposiciones Comunes, son el objeto del Libro sexto.

En las *Disposiciones Varias*, se agrupan las referentes a *la Sanidad Internacional, las Estadísticas de Salud, Autorizaciones y Registros, de las Investigaciones y de la Coordinación* (Título I con 12 artículos).

En el Capítulo *Disposiciones Comunes*, se dan los dispositivos para la ejecución

y control de los alcances del Código, en relación a Inspecciones, Sanciones y los Reglamentos (Título II, 6 artículos). Este Libro consta de 18 artículos.

De los 156 artículos (100%) de que está conformado el Código de Salud de Bolivia, el 26.2% corresponden al Control y Protección Ambiental (41 artículos); el 17.3% a Actividades Sujetas al Control Sanitario (27 artículos); el 16% a Prevención y Control de Enfermedades (25 artículos), el 12,1% a la Prevención y Promoción de la Salud (19 artículos); el 7,6% a Disposiciones Comunes (12 artículos), el 5.7% al Ejercicio de las Profesiones Médicas (9 artículos), el 3.8% a Disposiciones Comunes (6 artículos).

SEGURIDAD SOCIAL

En el año 1972 por Decreto Ley 10173 del 28 de marzo de 1972 denominado “*Racionalización de la Seguridad Social*”, se inicia una nueva época de seguridad social boliviana con los dos aspectos sobresaliente: se consolida bajo el principio de pluralidad coordinada y se considera como víctima de la crisis económica y otras medidas como la desdolarización¹⁸².

El decreto modifica sustancialmente los factores siguientes:

Administración y Gestión. EL decreto establece que el MPSSP ejercerá las funciones de planificación, organización, tuición, coordinación y control de las instituciones de seguridad social. Se determina que los entes gestores serán: Caja Nacional de Seguro social, Caja Petrolera, Caja Ferroviaria, Caja de Chóferes, Seguro Social Bancario y otros que en futuro puedan crearse permitiendo además la delegación de sus funciones a otras instituciones públicas o privadas. En 1974 se añaden a estas instituciones la Corporación del Seguro Social Minero. La organización de las Cajas también sufren modificaciones.

Campo de aplicación y cobertura. El campo de aplicación seguirá siendo el del código y se determina en el decreto ley, las personas a las que protegerá cada institución de acuerdo al código de ramos de actividad económica.

En cuanto a la cobertura sucedieron los siguientes cambios:

Años	Población Protegida	% Cobertura
1972	59.044	16.71%
1982	1.551.599	26.23%
1987	1.245.593	18.32%

¹⁸² Juan Carlos Capra, Seguridad Social. Curso del ISIS. 1973

Alcanzó un mayor incremento la cobertura en el año 1982 con relación al total de la población del país y luego el descenso en 1987, si tomamos en cuenta que en 1985 se produjo un reajuste de la economía que trajo como consecuencia el despido masivo de trabajadores que invadió lógicamente en el campo de la salud.

Financiamiento. Las cotizaciones que determinaba el código ya habían sufrido un desmedro debido a su aplicación no sobre el total ganado, sino sobre el salario básico y además en varias instituciones con un tope cotizable. Por efecto del decreto Ley 10173 quedaron conformados de la siguiente manera:

- Aporte patronal, 8% para enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo, 4% invalidez, vejez y riesgo profesional a largo plazo, 3% asignación familiar, total 15%
- Aporte laboral, 2% para enfermedad y maternidad, 1.5% invalidez, vejez y muerte, total 9.5%
- Aporte estatal, 1.5%

El total de aportaciones a la seguridad social era 20% sobre los salarios.

El Instituto Boliviano de Seguridad Social (IBSS) se crea en 1973 como organismo sectorial de la seguridad social, con facultades técnicas de dirección, control y fiscalización.

En el Seminario Andino de Seguridad Social celebrado en Lima, Perú, en 1977, organizado por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, se impartió la nueva doctrina de seguridad Social, problemática de las personas protegidas, protección económica, políticas de salud y organización administrativa de la seguridad social.

Como seguimiento de las normas impartidas entonces, el poder ejecutivo determinó medidas para limitar el número de entes gestores de la seguridad social, se estableció un patrón uniforme para los servicios de seguridad social del país, revisando el cuadro básico de medicamentos, se ampliaron las prestaciones sanitarias a los hijos de los trabajadores hasta los 19 años de edad, sin ningún requisito y se autorizó la atención en casos de urgencia a trabajadores no afiliados.

Con el propósito de efectuar una amplia explicación sobre los alcances de las disposiciones emitidas por el Supremo Gobierno en materia de seguridad social, el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y el IBSS, auspiciaron un seminario con la

participación de los representantes laborales y directores de las diferentes instituciones aseguradoras.

DEL CUERPO MEDICO AL COLEGIO MEDICO

La agrupación de los profesionales médicos ha venido evolucionando desde su primera organización que se llamó Cuerpo Médico. A lo largo de los años y debido a las influencias políticas y estructurales del sector salud, pasando de Sindicato Médico Nacional a Federación Médico Sindical se ha llegado al Colegio Médico de la actualidad.

Los Cuerpos Médicos Departamentales se hicieron más productivos al crearse la Dirección General de Sanidad y las Direcciones Departamentales. Los asuntos más importantes de los que debían ocuparse eran: *“El cumplimiento de la ley de Sanidad Pública del 5 de octubre de 1906; dignificar el ejercicio profesional; establecer la higiene pública coadyuvando a la comunidad y al Médico Director de Sanidad Departamental cuando el Supremo Gobierno provea a dicho cargo, Hacer estudios clínicos y científicos relativos a la profesión”*.

En 1938 al constituirse el Ministerio de Higiene y Salubridad, los Cuerpos Médicos cobraron mayor importancia y su conformación se hizo más sostenida y ya presentaba en sus discusiones asuntos referidos a los mismos intereses personales en el ejercicio profesional. Los Médicos de Cochabamba, según Juan Manuel Balcázar fueron los primeros en hablar de *“sindicalización”* antes que los conceptos políticos modernos pusieran en uso esta palabra. El Sindicato Médico Boliviano, en esa ciudad, continuación de su Cuerpo Médico hizo aprobar su estatuto en 1931. En 1932 le siguió el Cuerpo Médico de La Paz fundando su sindicato *“al advenimiento del Gobierno de 1936 que propugnaba el Socialismo de Estado; los médicos, farmacéuticos y odontólogos, creyendo de su deber y conscientes de sus intereses según la corriente marcada desde las altas esferas del Gobierno se agremiaron en sindicatos. El único que dio signos de vida el Sindicato Químico Farmacéutico que en 1943 celebró su Primer Congreso Nacional”*.

El 1° de agosto de 1936 (Jorge Garret A.) en una reunión realizada en la ciudad de La Paz con representaciones departamentales del país, se fundó el *“Sindicato Médico Nacional”* plasmando en realidad la propuesta de distinguidos profesionales, como la de Aniceto Solares de 1916 que buscaba la manera de defender los intereses profesionales, en 1928 Ezequiel Osorio, en 1932 Emilio Lora Quiroz, Daniel Bilbao Rioja y Enrique Loup Bustillos que habían proyectado la creación del Sindicato Médico Nacional. Los representantes de los departamentos que intervinieron en la creación del Sindicato, fueron los siguientes: La Paz: Drs. Emilio Lora Quiroz y

Abelardo Ibañez Benavente. Chuquisaca: Drs. Aniceto Solares y Claudio Calderón Mendoza. Potosí: Dr. Juan Manuel Balcázar y Enrique Berríos. Cochabamba: Drs. Daniel Bilbao y Luis Prado Barrientos. Oruro: Dr. José Montero. Tarija: Drs. Arturo Molina Campero y Ernesto trigo. Adoptaron como primera medida el derecho del Sindicato a elevar una terna para el nombramiento del Jefe del Departamento Nacional de Higiene y Salubridad. Apoyaron también la iniciativa paceña sobre la necesidad de crear el Ministerio de Salubridad.

El 6 de agosto de 1955 en la ciudad de La Paz, se fundó la Confederación Médica Sindical de Bolivia, como consecuencia de una intensa labor de profesionales connotados del cuerpo médico nacional, entre los que se destacan los Drs. Julio Zenón Espinoza, Javier Torres Goitia, Guillermo Aponte Burela, Jorge Ergueta Collao, José María Alvarado, Néstor Orihuela Montero, Guillermo Jáuregui G. Edmundo Ariñez, Mario Michel Zamora, René Flores Rodríguez, Rolando Costa Arduz, Luis Hurtado G., y muchos más igualmente meritorios. En todas las capitales de los departamentos se formaron las respectivas Federaciones Médicas Sindicales. La Confederación Médica Sindical Boliviana (CONSIB) como síntesis de su pensamiento propugnaba: *“Lucha por el progreso de la medicina, lucha por el ejercicio legal y libre de la profesión, unidad de los profesionales bolivianos, racionalización de la Salud Pública”*

El Decreto Supremo N° 07944, del 1° de octubre de 1971, promulgado por el General Hugo Bánzer Suárez, crea el Colegio Médico de Bolivia, “organismo que agrupa a todos los médicos que poseen título ministerial válido para el ejercicio de la Medicina en el país, con carácter obligatorio, teniendo como objetivo: a) Proveer el perfeccionamiento del ejercicio de la medicina, b) Velar por el prestigio de la profesión médica imponiendo el cumplimiento de la ética profesional y c) Proteger y defender los derechos económicos y sociales del cuerpo médico nacional.

El Primer Consejo Nacional fue designado por el Ministro de Salud Pública, quien atinadamente eligió como su presidente al Dr. Santiago Medeiros Querejazu, prestigioso profesional y catedrático de la Facultad de Medicina. El 19 de agosto de 1972, se firmó el Decreto Supremo N° 10419 que aprobaba el Estatuto Médico de Bolivia y el Estatuto del Médico Empleado. La Creación del Colegio Médico de Bolivia obedecía a la solicitud del profesionalismo médico a través de documentos oficiales y resolutivos, de contar con un Estatuto Médico que se había puesto a consideración del Gobierno. Entre las consideraciones del Decreto Supremo de su creación se ponía de manifiesto: *“Que la Confederación Médica Sindical de Bolivia, vulnerando sus propios estatutos había venido adoptando posiciones políticas sectarias que habían dividido el cuerpo médico nacional, habiendo realizado sus actividades con prescindencia de las funciones científicas, éticas y académicas de su competencia”*.

PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMERICAS

La preparación del Plan Decenal de Salud para las Américas 1971-1980, emanado de la III Reunión Especial de Ministros de Salud celebrada en Santiago de Chile, fue mucho más cuidadosa que la del anterior decenio. El informe final – un verdadero texto de consulta – sirvió de base para la labor conjunta del país y la OPS/OMS, por resolución de los cuerpos Directivos. Como marco de referencia en el orden político, se determinó que la salud, como función social en las Américas, debería analizarse bajo el auspicio del Segundo decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo que se inició el 1° de enero de 1971. Como parte de esa gran empresa la Organización Panamericana de la Salud, por decisión de sus cuerpos directivos, estableció objetivos para el decenio 1971-1980 en concordancia con la realidad del país, con la posibilidad de alcanzarlos y con las tendencias del desarrollo y la economía.

Las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas, recomendadas a los Gobiernos por la III Reunión de Ministros de Salud, correspondían al desarrollo de las siguientes áreas programáticas:

- Servicio a las personas: Enfermedades Transmisibles, Salud Materno Infantil y Bienestar Familiar, Nutrición, Otras Areas (según la disponibilidad de recursos y de acuerdo a las políticas nacionales)
- Programas de Saneamiento del Medio: Servicios de Agua y Disposición de Excreta, Desechos Sólidos, Contaminación Ambiental, Desarrollo Regional, Salud Ocupacional, Salud Animal y Salud Pública Veterinaria
- Servicios Complementarios: Enfermería, Laboratorios, Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Educación para la Salud.

En la segunda parte y para lograr el cumplimiento de las propuestas del Plan, se señalan como imprescindible las siguientes áreas de acción: Desarrollo de la Infraestructura, Sistemas de Salud, Planificación, Investigación, Capacidad Operativa, Desarrollo de Recursos Humanos, Recursos Físicos, Recursos Financieros, Recursos Tecnológicos y Aspectos Legales.

La XIX Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 1974 eligió al Dr. Hernán R. Acuña, de México, para el cargo de Director de la OPS. En su discurso de toma de posesión, el Dr. Acuña declaró que *“nuestro propósito es crear un clima que permita, a luz de la sensatez y del estudio, introducir cambios en consonancia con los tiempos en que vivimos, cambios para reducir la morbilidad y la mortalidad por infecciones entéricas, que refuerzan el Plan Decenal de Salud...La Organización reorientó su trabajo para adaptarse a los cambios sociopolíticos, que estaba expe-*

rimentando la región, y en especial, a las repercusiones de esos cambios en las condiciones de salud en las Américas”.

LOS PLANES NACIONALES DE SALUD

Los Planes Nacionales que se formularon, no siempre concordantes con el Plan Decenal de Salud para las Américas, en este periodo corresponden a las gestiones de Gobierno de Juan José Tórres (Plan Nacional de Salud (1971-1975) y Hugo Bánzer Suárez (Plan Operativo de Acción 1972, Plan Nacional 1973-1978 y Plan Nacional de Salud 1977-1980) y a los Ministros correspondientes del ExMinisterio de Salud Pública que al haber incorporado bajo su tuición la Subsecretaría de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social se ha reorganizado en Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

PLAN NACIONAL DE SALUD 1971 – 1975

El documento del Plan contiene cuatro partes: a) Política Nacional de Salud, donde se fundamenta el derecho a la protección de la salud de todos los habitantes y el análisis del diagnóstico de salud de la población, como base para la formulación de políticas b) Delimitación y planificación del sector salud, en donde se propone la inclusión al sector salud de todas las instituciones que trabajan en salud en el país c) El proyecto de Código Sanitario presentado por la Oficina de Planificación que consta de tres libros, con sus respectivos títulos capítulos y artículos y d) El Plan Nacional de Salud (1971-1975).

El cuarto documento es la presentación de un esquema del Plan Nacional de Salud 1971-1975, que como declaran los proyectistas, no es un nuevo Plan de Salud, sino una reactualización más realista posible del Plan Decenal de Salud 1966-1975, complementado con un diagnóstico más completo y la Estrategia de Salud en Bolivia de la Política de Salud propuesta.

El propósito del Plan es elevar el nivel de salud de la población boliviana a través de acciones destinadas al fomento de la salud, prevención de las enfermedades, recuperación de la salud y educación sanitaria. Las prioridades señaladas se refieren a: 1) Desnutrición 2) Complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio 3) Control de Enfermedades Transmisibles 4) Tumores Malignos. Las metas del Plan, señala el proyecto, serán formuladas con referencia a la normalización de los recursos existentes, exigiendo un mayor rendimiento progresivo en el quinquenio, extensión de los servicios de salud, sobre todo en al área rural para lograr las coberturas consideradas como adecuadas. Con las metas propuestas se persigue primordialmente reducir las tasas de mortalidad y morbilidad, exigiendo mayor posibilidad de cobertura

para la demanda de servicios de salud con la consiguiente reducción de la marginalidad total.

Las características esenciales de este Plan, que complementan en esta segunda aproximación al Plan Decenal de Salud son las siguientes:

- Definición con mayor exactitud del sector salud
- Constituye un Plan de Desarrollo Sectorial dentro del Plan Global de Desarrollo Nacional y constituye por lo tanto, la expresión de la Doctrina o Política de Salud del Gobierno Nacional.
- Propone la cobertura para el total de la población del país, sin discriminación de ningún tipo.
- Es popular en el sentido de hacer participar a la comunidad a todo nivel (nacional o local) en su desarrollo y ejecución, especialmente en dos formas: Consejo Consultivo Comunales (aspiraciones de la comunidad) y Trabajo Comunitario (trabajo, educación y salud).
- Mide la Política de Salud en base a costos mediante la introducción de los presupuestos programas y presupuesto en relación a los objetivos perseguidos.

El Proyecto del Código Sanitario en mayo de 1971, debía ser aprobado mediante Resolución Suprema y puesto en ejecución durante el periodo de Gobierno del General Juan José Torres G, Presidente del Gobierno Revolucionario, derogando el Decreto Ley 07155 del 8 de marzo de 1965 que ratificaba la vigencia del Código Sanitario aprobado por Decreto Ley N° 05006 del 24 de julio de 1958. Este gobierno tuvo una duración de 10 meses y 14 días, se había iniciado el 7 de octubre de 1970 y terminaba el 21 de agosto de 1971.

PLAN NACIONAL DE PREVISIÓN SOCIAL Y SALUD PÚBLICA DE 1972

El Plan Operativo 1972, enviado al Ministerio de Planificación para su aprobación en noviembre de 1971, mediante nota del Ministro de Previsión Social y Salud Pública (Dr. Carlos Valverde B.) especifica, *“que se trata de la alternativa mínima para evitar el deterioro de la situación de salud observada en el año del diagnóstico de 1969, y con el financiamiento propuesto realizar acciones que permitan dentro del cumplimiento de las metas mínimas, mejorar las condiciones sanitarias del país”*.

Con el Plan Mínimo para el año 1972 se propone los siguientes incrementos en relación a las asignaciones del año 1971 del presupuesto de salud, en relación al presupuesto del Gobierno Central:

- Para financiamiento de 2.85% a 5.54%
- Para inversiones de 0.31% al 1.32%

El presupuesto de Previsión Social en relación al del Gobierno Central es de 2.61% para 1971, con la propuesta de la alternativa mínima sería de 3.74%. Ambas acciones, salud y previsión social para 1971, representan una participación del 5.7% respecto al presupuesto de la Nación, con la proposición mínima para el año 1972 se tendría una participación del 10.60%.

El Plan con una proyección de cinco años, como componente sectorial del Plan Nacional de Desarrollo tiene como propósitos fundamentales:

- Elevar el nivel de salud de la población y consiguientemente aumentar la esperanza de vida
- Conseguir la accesibilidad (población rural sobre todo a los beneficios de la salud)
- Extender el campo de aplicación de la seguridad social, especialmente en los regímenes de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales a favor de los trabajadores campesinos y mejorar las prestaciones económicas de los asegurados (rentas y subsidios)
- Incorporar a los núcleos de población necesitados (menores, ancianos) al campo de la Protección Social del estado.

Conservando la estructura del Plan Decenal, la asignación de las metas anuales corresponde a la apertura programática de Materno Infantil, Atención Médica, Control de Transmisibles, Saneamiento Ambiental, Odontológico, Administración, Inversiones e Investigación.

PLAN NACIONAL DE SALUD 1973-1978

El objetivo de este plan es aumentar en el quinquenio la expectativa de vida al nacer en tres años, mediante acciones especialmente dirigidas a reducir la mortalidad materno infantil y la del grupo etáreo de 1 a 5 años con la consiguiente disminución de la morbilidad.

Sus objetivos específicos se proponen 1) Ampliar la cobertura de los servicios de salud en un 20%, mejoramiento de la capacidad instalada normalizando en rendimiento en un 50% y creando nuevos servicios de salud en localidades de menores de 500 habitantes 2) Incentivar las actividades de salud del MPSSP relacionados con acciones de tipo sectorial 3) Obtener la coordinación de todas las instituciones del

sector bajo la dirección del MPSSP y bajo un sistema nacional de salud único, buscando la integración de acciones y servicios de salud en una sola entidad. 4) Estimular la producción de los Institutos Nacionales de Salud y 5) Mejorar y complementar la infraestructura de salud.

La apertura programática se agrupa en tres grandes áreas: Servicios para el Individuo (Control de Enfermedades Transmisibles, Salud Materna Infantil y Nutrición, Atención Médica, Hospitalización y Salud Dental), Servicios de Modificación del Medio (Saneamiento Ambiental y Salud Ocupacional) e Infraestructura.

En el componente de mejoramiento y aplicación de la Infraestructura de Salud, se propone obtener una coordinación efectiva de acciones y actividades intersectoriales con miras a una completa integración de servicios de salud. Con los objetivos específicos se pretenden lograr los siguientes resultados:

- Instaurar un Sistema Nacional de Servicios de Salud
- Aplicación y aprobación de la Política de Salud, orientada a la integración de servicios, iniciado con el efectivo funcionamiento del Consejo Nacional de Salud.
- Actualización del Código Sanitario de 1958
- Mejoramiento de las estadísticas de salud y de la bioestadística
- Mantenimiento y ampliación de la investigación en los campos de la Biología de la Altura, de la Medicina Ocupacional y otras, aplicándola a los campos de la Antropología Cultural, la Educación para la Salud, la Ecología y la Administración Sanitaria.
- Habilitar el Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA)
- Fortalecimiento de la Escuela de Salud Pública.

PLAN NACIONAL DE SALUD 1977-1980

Este Plan que fue presentado ante la Tercera Asamblea Mundial de la Salud enfoca tres partes: 1. Actualización del diagnóstico 2. Plan concordante con el desarrollo económico y social 3. Se concreta el programa de expansión de la cobertura de servicios de salud en el área rural. Para la primera etapa del plan solicitan a la OMS a través de su oficina Regional la OPS/OMS incrementar la asistencia técnica (Bolivia, mayo 1977, Gral. Guido Vildoso Calderón Ministro).

Consecuentemente el objetivo del Plan, es elevar el nivel de salud de la población total, sin ninguna discriminación, a fin de que se constituya en un factor dinámico del desarrollo económico y social de país. Este objetivo se alcanzará a través de

acciones integrales en el campo de la salud, que progresivamente adquieran una cobertura cada vez mayor, mediante un sistema eficientemente coordinado y de productos servicios eficaces de salud.

Para llevar a cabo los objetivos específicos de elevar la esperanza de vida al nacer de 47 años a 52; reducir la mortalidad general de 18.4 por mil a 16.9 por mil; reducir la mortalidad infantil de 147.3 por mil nacidos vivos a 135.4 por mil nacidos vivos; reducir progresivamente la mortalidad materna de 480 por 100.000 nacidos vivos. Para alcanzar estos objetivos el Plan se propone fortalecer las siguientes áreas programáticas: a) Control y erradicación de enfermedades transmisibles b) Saneamiento Ambiental y Salud Ocupacional c) Salud Materno Infantil y Nutrición.

Como políticas se señalan las siguientes:

- Otorgar especial atención a los Programas de Servicios Preventivos
- Dar prioridad a la población del área rural
- Solventar las acciones de salud mediante un sistema radiado, de entrega de servicios a la comunidad, en sustitución al actual sistema convergente.
- Encuadrar los planes y programación del sector salud dentro del esquema de desarrollo con énfasis en el área rural
- Formación de recursos humanos en función de las necesidades reales.

El eje central del Plan, lo constituye el Programa de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud en el área rural, que se realizará en dos etapas:

La primera etapa corresponde al reforzamiento y mejoramiento de la infraestructura rural existente y la implementación de programas de actividades integrales. Los estudios realizados establecieron que del total de 653 establecimientos de salud en el área rural, solo el 34.15% tenían locales adecuados y considerados como buenos, desde el punto de vista de la infraestructura física, el 28,14% eran menos que regulares y el 37.21% en franco estado ruinoso y de desarrollo.

La segunda etapa comprendería ampliación de los servicios de salud, en todo el área rural que se encontraba sin cobertura de servicios de salud dentro de los moldes del desarrollo rural integrado.

En el documento no se ha encontrado referencia al Código de Salud, que fue aprobado el 18 de julio de 1978, actualmente en vigencia y de cuya necesidad de formularlo, aparece en el Plan de Salud de 1971-1975 con una propuesta, y en el Plan de Salud 1973-1978 entre los objetivos específicos considera actualización del Código Sanitario de 1958.

PRINCIPALES ACCIONES REALIZADAS

Las actividades de cooperación de la OPS/OMS en la ejecución de las acciones realizadas en función de los planes nacionales de salud y del Plan Decenal de Salud para las Américas, contaron con la asesoría del Dr. Orlando R. Aguilar como Representante de la OPS/OMS de 1970 a 1975. El Dr. Aguilar, guatemalteco, médico graduado en la Universidad de San Carlos y con Maestría en Salud Pública en la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile, llegó al país después de haber ocupado en Guatemala los cargos de Jefe de Epidemiología de la Dirección General de Sanidad y Director General de Servicios de Salud, desempeñándose también como catedrático y docente de Enfermería y Ciencias Médicas, el Dr. Cuauthémoc Pineda, mexicano, fue el Representante de 1976 a 1978, médico egresado en la Universidad Autónoma de su país, estudió Salud Pública en la Universidad de Chile completando su formación con estudios especializados de Inversión en Salud, Formación de Recursos Humanos y Enseñanza de Salud Pública. Se inició como Director del Proyecto Hiuxquilicam de Investigación Rural, fue profesor a tiempo completo de la Escuela de Salud Pública y Jefe del Departamento Materno Infantil en su país, cuando lo contrataron como Representante. El Dr. Silvio Gómez, colombiano, médico cirujano graduado en Colombia, con especialidad de Salud Pública obtenida en San Pablo, Brasil y de Epidemiología en la Universidad de John Hopkins, EE.UU. Sucedió al Dr. Pineda en el cargo de Representante después de haber sido Jefe del Departamento de Medicina Preventiva en las Universidades de Caldas y Nacional de Colombia, Jefe del Programa Materno Infantil, consultor de Materno Infantil en la Oficina Central de la OPS/OMS y Representante en la República Dominicana, permaneció en el país de 1978 a 1979.

Para describir las principales actividades realizadas íntimamente ligadas a la cooperación de la OPS/OMS se ha hecho un ordenamiento considerando la apertura programática de los planes de salud nacionales en Enfermedades Transmisibles y Epidemiología, Salud Materno Infantil y Bienestar Familiar, Nutrición, Programas de Saneamiento del Medio, Servicios de Salud y Servicios Complementarios, Estadísticas, Seguridad Social e Investigación que pasamos a resumir.

CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y EPIDEMIOLOGÍA

El Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles (INET) continuó funcionando dentro de las limitaciones estructurales, administrativas y económicas. La inestabilidad política y la inquietud laboral (1971) causaron serios perjuicios al funcionamiento del INET, así como los cambios de personal. Debido a limitaciones económicas y falta de financiamiento se produjo la absorción de su administración por el Ministerio de Salud, al que fue integrado. La asesoría de Epidemiología estuvo a

cargo sucesivamente de los doctores: R. Cornejo Ubillus del Perú, Edmundo Blun del Ecuador, Melchor Flores del Perú y el Dr. Elieser Valverde de El Salvador. El Dr. Natalio Cruer de la Argentina, asesoraba el Programa Nacional de Malaria; posteriormente lo hizo el Dr. Jorge E. Moreira y en otros campos específicos actuaron los asesores Dr. César Mendizábal (Inmunizaciones), Dr. L. Calheiros (*Aedes aegypti*) Celio de Paula Mota (Lepra) y Edilberto Antezana (Viruela).

Los problemas de inestabilidad política de 1971 afectaron también los programas de Erradicación de la Malaria, por el cambio de hasta tres Directores a lo largo del año, así como el traslado de la sede de la dirección de Cochabamba a La Paz y posteriormente su regreso *“Se puede afirmar que en Bolivia no se ha registrado problemas técnicos ya que en el lugar donde se han llevado a cabo en forma adecuada las medidas de ataque, la transmisión cesó. En cambio se han registrado todo tipo de problemas administrativos y económicos llegando a ciertas oportunidades a tener que cancelar un ciclo completo de rociado por falta de fondos”* decía en su informe el Dr. Natalio Gruer.

De 1947 a 1971 con la ayuda de USAID, UNICEF, SCISP, OPS/OMS, el control de la Malaria se caracterizó por la realización de actividades centradas en la lucha anti-mosquito adulto mediante el rociado intra-domiciliario, especialmente con DDT en grado técnico, llegando a alcanzar la mayor cobertura y el menor número de casos en 1965. De 1972 a 1975 en que habiéndose eliminado las ayudas (salvo las de la OPS/OMS) y enfrentando problemas administrativos y económicos severos, la situación se ha convertido en una de control de áreas circunscritas.

Mantenimiento de la Erradicación de la Viruela. Se continuaron con los esfuerzos para mantener la Viruela erradicada del territorio nacional y disminuir la morbimortalidad por Tuberculosis. El programa de vacunación simultánea Viruela-BCG, fue iniciado en febrero de 1969 como consecuencia de la evaluación efectuada sobre los resultados de la campaña nacional de erradicación de la Viruela, cuya encuesta de cicatrices arrojó un 85% en mayores de 5 años, pero que no llegó al 65% en los menores. El nuevo plan consideró una cobertura de no menor de un 80% en todos los departamentos del país, para ser cubiertos hasta fines de 1973.

Epidemiología. Los aspectos más sobresalientes de la labor efectuada en este período en el campo del control y/o erradicación de las enfermedades transmisibles fueron las siguientes:

- Mediante Decreto de 28 de abril de 1971 se creó el Banco de Vacunas a objeto de generar un fondo común pagado por todas las agencias del sector salud para la ejecución del Programa Nacional de Inmunizaciones.

- Se completó una encuesta serológica y vacunación experimental a grupos seleccionados para Tifus Exantemático.
- Se inició un programa piloto de vigilancia epidemiológica regional en el Departamento de Chuquisaca.
- Con la participación del Dr. Rolando Armijo en calidad de consultor a corto plazo, se dictó un curso de Epidemiología a 25 médicos, de un mes de duración en la ciudad de Sucre.
- En febrero de 1874 se efectuó la II Reunión de Directores y Epidemiólogos de Unidades Sanitarias, en las que se aprobaron: a) El Manual de Normas y procedimientos para la Notificación de Enfermedades Transmisibles y b) El Programa Nacional de Vacunación contra Poliomieltis, Sarampión, Difteria, Tos Ferina y Tétanos.
- Se efectuó el segundo ensayo de campo de la vacuna atenuada Cepa E de Rickettsia Provazecki, con el consultor Charles Wisseman y dos visitas del Dr. James O. Bond.
- El Instituto Nacional de Salud (INLASA) inició la producción de vacuna CRL antirrábica para uso humano y suspendió la producción de vacunación antivariolosa.
- Se firmó una carta de intenciones y posteriormente un convenio en el Instituto Pasteur de París para el desarrollo de la capacidad técnica y operaciones de INLASA. El año 1974 el Dr. Charles Servié del instituto Pasteur, hizo una visita al país y asignó al Dr. Philippe Desjeux como representante permanente del Instituto ante INLASA.

Fiebre Hemorrágica Boliviana (FEB). La FEB tuvo su último brote registrado en 1975, en el Departamento del Beni. En 1982 se observó importante dispersión del vector *Callomys Callosus*, a causa de una inundación¹⁸³.

El Programa de Fiebre Hemorrágica, fue comentado internacionalmente en nota de actualidad de la revista “*Life*” en español, Vol 25, N° 3, escrita por Wálter Montenegro, su corresponsal en Bolivia, en grandes titulares “*Bolivia vence la Fiebre Hemorrágica*”, “*La Batalla de San Joaquín*”, el cronista refería las vicisitudes durante casi dos años de investigaciones, rindiendo homenaje al Dr. Beye, una de las víctimas de la epidemia, así como la entrega de condecoraciones del Cóndor de los Andes a los médicos norteamericanos, Karl Johnson, Ronald Mackensie y Merle Kurz y al médico boliviano, Dr. Luis Valderve Chinel.

¹⁸³ Ronald B. Mackenzie y col. Informe Preliminar de la Comisión de Investigación de la Fiebre Hemorrágica del Beni al Ministerio de Salud Pública de Bolivia. *Revisa Salud Pública Boliviana*. N° 52. 1993.

Erradicación de la Malaria. La duración probable del proyecto para erradicarse la Malaria se había programado de 1957 a 1970 en que se calculaba terminaría la fase de consolidación.

Desde enero de 1965 hasta septiembre, se rociaron con DDT 31013 casas y se obtuvieron frotis sanguíneos de 187.395 personas que revelaron 730 (0.4%) casos; 77.829 frotis y 99 casos procedían de áreas en fase de consolidación.

En el año 1971 por insuficiencia de presupuesto y reducción de personal en un 20%, se agravaron las dificultades operativas. Las actividades de campo se limitaron a evitar el mayor deterioro de la situación epidemiológica, durante el año se registraron 8.080 casos (en 1970 se registraron 6.862). En la Zona IV de Tarija se llevó a cabo un proyecto con el propósito de eliminar los focos de la Malaria, en el Sur del país, mediante la administración en 3 días consecutivos de una combinación de cloroquina, primaquina y pirimetamina, repetida con 60 días de intervalo.

Control de la Tuberculosis. El objetivo de este proyecto se dirigía a organizar en la parte norte del Altiplano un área de demostración con los siguientes propósitos: obtener información epidemiológica, aplicar y evaluar los métodos prácticos de control de la Tuberculosis y adiestrar a personal médico y auxiliar a fin de extender el programa progresivamente en otras áreas del país. En el año 1965 las cifras de rendimiento de enero a octubre fueron 9.889 pruebas tuberculínicas, 3.195 vacunaciones con BCG, 7.735 fluoro-fotografías y 224 casos descubiertos.

En febrero de 1969, se inició el Programa de Vacunación simultánea con BCG y vacuna antivariolosa y se desarrolló en 1971, en los Departamentos de Santa Cruz, Chuquisaca y el Beni, vacunándose 190.649 menores de 20 años (43% de la meta). Se descubrieron 260 casos y se puso en circulación un manual de normas del programa. En diferentes periodos prestaron su colaboración los asesores de OPS/OMS, Dr. López Bonilla y el Dr. N. Texeira.

Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI. Con el S.C.I.S.P. se había institucionalizado la vacunación sistemática a los niños, dotando a los servicios de salud además de la vacuna antivariolosa, la vacunación triple DPT (Difteria, Tétanos y Coqueluche) y posteriormente el BCG. Las vacunaciones se realizaban primero en los programas de atención al niño sano hasta que fueron reemplazados por el programa de vacunación en los servicios permanentes de salud y en las unidades móviles. Aún antes de la erradicación de la Viruela, la Asamblea Mundial de la Salud en 1974, resolvió que la OMS prestara asistencia a los estados miembros para intensificar sus actividades de inmunización. Se estableció el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) que la Organización Panamericana de la Salud inició en

las Américas en 1977 Subprograma regional. Los países miembros recibirían asistencia en vacunas, equipos, adiestramiento y apoyo técnico; la Secretaría Técnica del PAI en la sede de la OMS (Ginebra) actuaría de centro de coordinación y de intercambio de información sobre las actividades de inmunización en escala mundial, el UNICEF como lo ha venido haciendo, trabajaría en estrecha coordinación con el PAI y sería el principal proveedor de vacunas y de equipo de la cadena de frío en el mundo.

En Bolivia el PAI se inició en 1979 como un sistema permanente y estrechamente coordinado con los otros servicios ordinarios en reemplazo a las actividades aisladas y esporádicas, que se habían venido realizando en los años que precedieron a la erradicación de la Viruela. Las características del PAI comprendían los siguientes principios: teniendo en cuenta la incidencia y gravedad de las enfermedades prevenibles por vacuna, se seleccionaron la combinación de DPT, BCG, Antisarampionosa y Antipoliomielítica y la vacunación simultánea al menor de un año especialmente, los servicios de inmunización de acuerdo a las circunstancias locales se podrán disponer en servicios fijos (establecimientos de salud), acciones periféricas desde los servicios fijos (visitas a comunidades y domiciliarias), equipos móviles y campañas, en masa, en el manejo logístico y de procedimientos debía contemplarse la disponibilidad de normas, productos biológicos y la cadena de frío a los niveles nacional, departamental y local y el sistema de vigilancia epidemiológico e información estadística específica. El PAI cambió el concepto del programa de “vacunar” para proteger a los “niños” al de control y eliminación de las enfermedades y cuyo objetivo se ha centrado en los menores de un año y en las mujeres en edad fértil (para eliminar el tétanos neonatorum).

En los primeros años las coberturas de inmunización de los servicios de salud fueron muy bajas, superándose paulatinamente con los años hasta llegar a niveles satisfactorios sobre 70% ya en algunos casos, en los registros ya mejor elaborados del año 1980.

SALUD MATERNO INFANTIL Y BIENESTAR FAMILIAR

La Dirección Nacional de Materno Infantil se origina en la firma de un Convenio con el ministerio de Salud Pública y USAID, después del 4 de septiembre de 1971, cuando el Gobierno del Gran Bánzer por Decreto determina el cierre de las Universidades y la formación de una Comisión Reestructuradora. La Oficina de Planificación del Ministerio de Salud, presentó un proyecto de un Programa de Salud Materno Infantil y Bienestar familiar a USAID, sugiriendo la transferencia de fondos de los Departamentos de Medicina Preventiva y Social que habían quedado inactivados por el cierre de las Universidades. Fue el tercer convenio suscrito por el Ingeniero

Amadeo Landrú dentro del desarrollo de servicios y capacitación. El Programa pretendía extender la cobertura de atención de la madre y el niño, principalmente en las áreas rurales, y desarrollar la infraestructura necesaria y los recursos humanos.

Posteriormente la División Materno Infantil y Bienestar Familiar del Ministerio, con la colaboración de la OPS/OMS elaboró un proyecto para ser presentado al Fondo de Actividades en Materia de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El proyecto inició sus actividades en abril de 1976, con el apoyo financiero de UNFPA y la actuación de la OPS/OMS como agencia ejecutora. En febrero de 1977, el gobierno propuso enmiendas al Convenio Tripartito del Proyecto y en consecuencia se suspendieron las actividades de planificación familiar que se realizaban como componentes de la Atención Materno Infantil. Dentro de las metas propuestas del programa nacional en el periodo se incrementó la cobertura de atención en un 12%, mediante actividades programadas para el personal de Enfermería.

Con la participación del centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) se actualizaron conocimientos, mediante cursos y seminarios sobre perinatología, prematuridad, Control de Crecimiento y Desarrollo y se incrementaron cursos y cursillo para Auxiliares de Enfermería, parteros empíricos y se elaboraron multitud de manuales de seguimiento. Como asesores en este periodo actuaron el Dr. Norberto Martínez de Colombia, Nelly Farfán de Guillén del Perú y el Dr. Héctor E. Capellini, en Enfermería Guisela Pimentel de El Salvador.

Nutrición. En el Programa de Nutrición, se organizó el grupo de trabajo nacional del Proyecto Interagencial de Promoción de Políticas Nacionales de Alimentación y Nutrición, iniciándose la fase de trabajo programado en 1971. Posteriormente se creó la Comisión Nacional Permanente para la Alimentación y Nutrición (1975). En 1977 se integró el Grupo Técnico Nacional para desarrollar la Política Nacional de Alimentación y Nutrición bajo la dependencia del Ministerio de Planeamiento y Coordinación que se incorporó como expresión multisectorial al Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 1976-1980.

Le correspondió al Dr. Guillermo Aponte B. en su breve desempeño como Ministro de Previsión Social y Salud Pública, la creación del Comité Nacional de la Campaña Mundial contra el hambre, donde se recibió importante colaboración de la OPS/OMS. (D.S. N° 9576 del 12 de febrero de 1971)

Se propugnó y se adelantó en las instalaciones para la producción de la mezcla vegetal MAYSOL y se iniciaron actividades de la Sociedad Química Básica Boliviana (QUIMBABOL) como ejecutor de la yodación de la sal en el país.

Sobre Bocio Endémico se efectuaron cursos en los departamentos más afectados como Chuquisaca, Tarija y Santa Cruz, en donde se fundó el “*Comité de Lucha contra el Bocio Endémico*”, como resultado de una encuesta limitada con aplicación de aceite yodado en Santa Cruz en 1971. Luego, en el año 1975, se realizaron los controles correspondientes al 12° mes de estudio de su aplicación. El apoyo por parte de la representación estuvo a cargo del Dr. José María Ticas de El Salvador y del Dr. Héctor E. Capellini.

SERVICIOS DE SALUD Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Merecen destacarse las actividades referidas a Enfermería, Vigilancia Epidemiológica, Desarrollo de Servicios de Salud, Atención Médica, Estadísticas de Salud e Investigación que han contado con la contribución de asesores y equipos, suministros y becas. En Enfermería se elaboraron documentos de valioso contenido conceptual y operativo como “*Proposiciones para el Sistema de Enfermería, Manual de Procedimientos Básicos de Enfermería Médico-Quirúrgica, Manual de Procedimientos Básicos de Enfermería Hospitalaria, Estándares de Enfermería Comunitaria*” y una investigación sobre el desempeño y el impacto en la comunidad por las parteras empíricas capacitadas.

La vigilancia epidemiológica, la educación médica veterinaria y el control de enfermedades transmisibles en general, tienen la asesoría en el periodo de la Representación del Dr. Cuauthémoc Pineda, del Dr. Juan Ponce de León del Perú; se establecieron modificaciones en la estructura de la carrera veterinaria en la Universidad Gabriel René Moreno de Santa Cruz, proponiéndose la creación de una Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia.

En los proyectos de Desarrollo de Servicios de Salud y Atención Médica, se contó con el apoyo del Dr. Eduardo Basi.

El Ministerio de Salud inició el Plan Nacional de Salud 1977-1980, incorporando al mismo el Programa de Extensión de Cobertura de Servicios de Salud del Área Rural, designándose un Director de Departamento de Atención Médica. Con el objeto de mejorar los rendimientos hospitalarios luego de un diagnóstico situacional, se elaboraron metas normalizadas para 1977, por establecimientos, en egresos, consultas, horas médicas y odontológicas y se incorporaron acciones de inmunizaciones programadas.

Durante este periodo, siendo Ministro de Salud el Dr. Carlos Valverde Barberí, se constituyó en Lima, el Convenio Hipólito Unanue, en la 1° Reunión de los Ministros de Salud del Área Andina (Chile, Perú, Bolivia, Colombia, Ecuador y Venezuela).

Saneamiento Básico. En el periodo ligado íntimamente con el control de enfermedades y la creación del INET, en Saneamiento Básico se preparó el Programa Nacional, con la Asesoría del Ingeniero Alejandro Vincés, Ingeniero Sanitario de la OPS/OMS, quien se ocupó de revitalizar el Organismo Intersectorial de la Administración Boliviana de Obras Sanitarias (ABOS) creada en años anteriores para la dirección, ejecución y control de todos los servicios de agua y alcantarillado en el país.

El Dr. Maia Penido, Jefe de la Zona IV de OPS/OMS, visitó el país en el año 1966 y conjuntamente con el Dr. Fortunato Vargas Tentori, Representante en el país y el Director de Servicios Normativos del Ministerio, recorrieron en los Departamentos de Chuquisaca, Potosí y Tarija las áreas de salud en las que se desarrollaban programas de saneamiento y obras de infraestructura sanitaria, en cumplimiento a los objetivos de su misión.

INSTITUTO DE INGENIERIA SANITARIA

En agosto de 1971, mediante un convenio firmado en la ciudad de La Paz, por el Sr. Ministro de Urbanización y vivienda (MUV) y la Universidad Mayor de San Andrés, se dio origen al Instituto de Ingeniería Sanitaria. Posteriormente, en 1972, una comisión nacional de la Reforma Universitaria dispuso la creación del Departamento de Hidráulica conformado por el Instituto de Hidráulica y el Instituto de Ingeniería Sanitaria, correspondientes a la carrera de Ingeniería Civil. El 20 de marzo de 1977 se iniciaron las funciones del Instituto, bajo la Dirección del Ing. Waldo Peñaranda, -especializado en Ingeniería Sanitaria, en el Brasil- ex funcionario de una empresa alemana de ingeniería sanitaria con sede en Cochabamba, de la municipalidad de La Paz y docente de la Facultad de Ingeniería Civil de la UMSA. Los objetivos que desarrolló y desarrolla actualmente este Instituto están directamente relacionados con saneamiento del agua, desechos sólidos y líquidos, mediante la investigación y estudios de la calidad; captación de agua potable y sus procedimientos e instalaciones sanitarias domiciliarias y sus procedimientos técnicos y administrativos. Para su primer Director, el Ing. Peñaranda, que fue jubilado en el cargo. “La creación del Instituto de Ingeniería Sanitaria tuvo su origen en una sugerencia de los Representantes de la OPS/OMS, quienes estimaron que la creación de una entidad de esta índole era necesaria para un control de las condiciones sanitarias del país.”

ESTADÍSTICAS E INVESTIGACIÓN

El acuerdo entre el Gobierno y la OPS/OMS para el “*Desarrollo de Sistemas Nacionales de Estadísticas de Salud*”, con servicios de asesoría del Lic. Augusto C. Abad del Perú, equipo, suministros y becas, permitió que el Ministerio de Previsión Social

y Salud Pública contara con un Servicio Nacional de Estadísticas funcionando aceptablemente. Teniendo en cuenta el Plan Quinquenal de Salud (1973-1978) integrado al Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social del país, se evaluó y rediseñó, revisando y actualizando los planes de operaciones del nivel central, a nivel regional y local, y se desarrollaron cursos para oficiales estadísticos, en cada una de las Unidades Sanitarias, con participación de la División Nacional de Bioestadística, Escuela de Salud Pública y colaboración del UNICEF.

Investigación. En el campo de la investigación, el país fue elegido para formar parte de la Investigación Interamericana de la Mortalidad de la Niñez. Del año 1969 a 1971 en la ciudad de La Paz y Viacha. Se recolectó la información de todas las defunciones ocurridas en menores de un año, del Registro Civil, pesquisa de historias clínicas, entrevistas en los servicios médicos y familiares de los fallecidos, discusión de las causas de la defunción y determinación de la causa básica a nivel de las Sociedades de Pediatría y de Ginecología y Obstetricia. El Convenio fue firmado por la OPS/OMS, el Departamento de Medicina Preventiva Social y Salud Pública de la Universidad de San Andrés y el Ministerio. La investigación a nivel internacional fue dirigida por Ruth Rice Puffer de Estados Unidos y Carlos V. Serrano de Colombia. El año 1973, se publicaron los resultados en el Informe “*Características de la Mortalidad de la Niñez*”. La Investigación Interamericana de Mortalidad de la Niñez, reveló entre otros hechos, graves problemas de salud causados por la inmaduridad (bajo peso al nacer) y las deficiencias nutricionales en América Latina, principalmente como causas asociadas de defunción. A partir de ese momento, en 1973, la atención se ha concentrado en el estudio de las causas de bajo peso al nacer (inferior a 2500 gr) y cómo prevenirlas.

El Dr. Orlando R. Aguilar que realizó una meritoria labor como representante, a los representantes de la Revista de la Sociedad Boliviana de Salud Bíblica les decía que, las dos metas básicas de la Oficina fueron: “*a) mejorar la presencia de la Organización en el país y b) Incrementar significativamente las actividades de cooperación en las diferentes áreas contempladas en el Programa y Presupuesto Anual de la OPS, compatibilizándolas con las necesidades y requerimientos del país*”¹⁸⁴.

Durante el ejercicio de funciones del Dr. Orlando Aguilar, la Oficina de la Representación fue trasladada de la Oficina del Ministerio al 3° piso del Edificio Gamarra, en la calle Landaeta, diagonal al Ministerio de Salud y Previsión Social, ampliando sus instalaciones.

El Dr. Héctor Acuña, Director de la Organización Panamericana de la Salud, visitó el país en dos oportunidades: en el mes de abril de 1976, en compañía del Dr. Martín

¹⁸⁴ Revista Salud Pública Boliviana. N° 52. 1993.

Vásquez Vigo, Jefe de la Zona IV, estando de Representante el Dr. Cuauthémoc Pineda y de Ministro de Previsión Social y Salud Pública, el Dr. Jorge Tórrez Navarro y en el mes de agosto de 1978, estando de Representante del país, el Dr. Silvio Gómez y de Ministro el Dr. Oscar Román Vaca.

LA CREACION DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA (I.N.E.) Y EL CENSO DE 1976

El 4 de julio de 1975, el gobierno de Hugo Bánzer Suárez dictó el Decreto Supremo 12661 disponiendo la organización y dirección, por parte del Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.) de la programación, ejecución, procesamiento y publicación del censo en todo el territorio nacional. Los resultados definitivos de este Primer Censo de Población y Vivienda de 1976 mostraron que Bolivia tenía una población de 4,613,486 habitantes, lo que significó un incremento del 35%. La población urbana había subido enormemente en relación a la rural y se había producido un verdadero despegue del oriente, encabezado por Santa Cruz. La Paz había duplicado su población, mientras Santa Cruz había subido seis veces su número de población. Cochabamba pasó a ser la tercera ciudad en población, cediendo su segundo lugar a Santa Cruz.

LOS INSTITUTOS DE GASTROENTEROLOGÍA Y LA COOPERACIÓN JAPONESA (JICA)

En el transcurso de 1979 a 1981 de esta historia de la Salud Pública en Bolivia, nuestro país se convierte en la sede de los mayores servicios especializados de gastroenterología de la América latina, con la inauguración y puesta en funcionamiento sucesivamente de los Institutos de La Paz, Sucre y Cochabamba, gracias a la Cooperación Japonesa y al tesonero empeño de su impulsor el Dr. Arnold Hoffman Bang Soletto, médico boliviano especializado en el Japón. El Dr. Arnold Hoffman Bang Soletto se tituló de médico cirujano en la Universidad Soviética “*De la Amistad de los Pueblos Patricio Lumumba*”, donde conoció a la que debía ser su esposa, la estudiante japonesa Chikako Inoue, trasladándose al Japón para hacer su postgrado de cancerología digestiva en el Instituto del Cáncer de Chiba bajo la dirección del Profesor Noburu Tanaka, llegando a ser investigador asociado en el año 1973. El 16 de noviembre de ese año, alentado en la presentación de un Proyecto de Cooperación Japonesa (JICA) con el Gobierno de Bolivia en el campo de la especialidad de Gastroenterología, por su Profesor el Dr. Noburu Tanaka, se dirige al Embajador de Bolivia en el Japón, el escritor Wálter Montenegro, el que da respuesta en diciembre del mismo año, apoyando “*la iniciativa de ampliar la cooperación técnica del Japón a Bolivia en el campo médico*”. La Cooperación Japonesa en Salud se había iniciado poco antes con la donación de equipos de broncoscopía y otros del Instituto

Nacional del Tórax y posteriormente de equipos de fibro-endoscopia digestiva al Hospital de Clínicas de La Paz, sin embargo para el Dr. Guido Villagómez R.¹⁸⁵ la época de mayor trascendencia de la Cooperación se iniciaba con aquella carta del Dr. Hoffman Bang al Embajador Wálter Montenegro en Tokio.

Como consecuencia de estas gestiones y la invitación del Ministerio para el envío de una misión de estudios japonesa el “28 de marzo de 1976 llegó a Bolivia la primera Comisión de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) y en noviembre del mismo año la Segunda Comisión de implementación. El Dr. Toshihiko Kamegai de la Universidad de Toho, la Dra Chikako Inoue de JICA y el Dr. Arnold Hoffman Bang Coordinador del Ministerio, concluyeron la ejecución del Proyecto. El 26 de noviembre de 1976 se firmó el convenio que contemplaba los tres programas paralelos a) la Construcción y equipamiento de los Institutos b) El envío de becarios bolivianos a Japón para su entrenamiento y c) La recepción de expertos médicos y técnicos japoneses de la Universidad de Toho de Tokio en Bolivia”. Los tres objetivos del proyecto fueron y siguen siendo a) La atención de salud a las personas, b) la docencia y la capacitación de recursos humanos y c) la investigación científica y epidemiológica. A estos objetivos el Dr. Arnold Hoffman Bang y su equipo médico boliviano japonés han añadido dos objetivos más en los últimos años: “d) la proyección y vinculación internacional e) la proyección a nuestra comunidad”¹⁸⁶

El 27 de abril de 1979 se inauguró el Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés de La Paz, cumpliéndose las cláusulas del convenio de la contraparte nacional haciendo efectivo el presupuesto para el contrato de personal y gastos iniciales de operación. Progresivamente se fue implementando para brindar servicios en función de su misión como centro especializado de asistencia médica, investigación, docencia y proyección a la comunidad, estableciendo funcionalmente sus áreas de acción en los Departamentos de Medicina, Cirugía, Anatomía Patológica, Diagnóstico por Imagen, Enseñanza, Investigación, Laboratorio, Gerencia Hospitalaria, Trabajo Social, Enfermería, Nutrición y Dietética, Voluntariado y el Sistema de Computación, para la toma de decisiones en la programación y el seguimiento de la producción y productividad del Instituto.

EL 21 de marzo de 1981 se inauguró el Instituto Gastroenterológico de Sucre, cuya área de influencia se extendió a los Departamentos de Chuquisaca, Tarija y Potosí, a cargo del Dr. Roberto Muñoz, Director Fundador y Profesor de Cirugía de la Facul-

¹⁸⁵ Dr. Guido VillaGómez. Director del Instituto de Gastroenterología La Paz. Reseña Histórica del Instituto de Gastroenterología Boliviano-Japonés. Crónica Aguda, Año I, N° 39

¹⁸⁶ Dr Arnold Hoffman Bang Soletto. Bolivia y Japón Unidos en la Sola Esperanza, Salud y Bienestar. Guía y Visión Médica. Año 1, N° 3. 1991

tad de Medicina, bajo la orientación del Dr. Toshihiko Kamegai, Jefe del Proyecto de Gastroenterología y la Dra. Chikako Inoue, Asesor Médico y Coordinadora de JICA, quienes según su Director *“siempre sintieron la atmósfera académica de distinción que se respira en Sucre y expresaron su confianza en el equipo médico de enfermeras y técnicos”*.

El 24 de abril de 1981 se inauguró el Instituto Gastroenterológico de Cochabamba, siendo su Director Fundador el Dr. Oswaldo Carballo, Presidente de la Sociedad Boliviana de Gastroenterología y Docente de la Universidad de San Simón, posteriormente fue nombrado Director el Dr. Jaime Saravia Burgos y el Dr. Ciro Zabala Canedo.

El Gobierno Boliviano supo reconocer la labor desplegada por los que se dedicaron a consolidar esta obra, así, el Embajador Eikichi Hayashiya recibió las condecoraciones de El Cóndor de los Andes, al Orden de la Salud, Nuestra Señora de La Paz y las Heroínas de la Coronilla. El Profesor Toshihiko Kamegai, cirujano gastroenterólogo, profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Toho de Tokio fue condecorado con la Orden de Salud en Bolivia y con la Orden del Crisantemo, posteriormente en Japón la Dra. Chikako Inoue, Asesora Médica y Coordinadora de la Agencia de Cooperación Internacional (JICA), ginecóloga-obstetra, de manos acariciantes y amplitud de talento, supo captarse la confianza de multitud de pacientes en diferentes esferas sociales, desarrollando además el voluntariado y la amistad boliviana-japonesa con su aparente fragilidad y perseverancia personal, fue condecorada con el Cóndor de los Andes, La Orden de la Salud, Nuestra Señora de La Paz y las Heroínas de la Coronilla. El Dr. Arnold Hoffman Bang Soletto, falleció en Cochabamba, joven aun, después de haber logrado culminar sus anhelos como médico y boliviano, habiendo llegado a ser Ministro de Previsión Social y Salud Pública (1981-1982) y Embajador de Bolivia en el Japón (1986-1990), recibiendo el Gran Cordón de la Orden del Sol naciente en el Japón y el Cóndor de los Andes, entre otras merecidas distinciones.

LA ESCUELA TÉCNICA EN SALUD BOLIVIANO JAPONESA

Esta Institución cuyo edificio de líneas estructurales modernas con predominio de rasgos arquitectónicos japoneses, de techos altos con caídas casi verticales, amplios ventanales en los pabellones y corredores y jardines plenos de la floresta del valle cochabambino, se forjó dentro de la cooperación Boliviano-Japonesa, gracias sobre todo al apoyo y cooperación del Dr. Arnold Hoffman Bang Soletto, cuando desempeñaba la función de Ministro de Previsión Social y Salud Pública.

El Proyecto presentado el año 1979, por el Dr. Luis Valle, Director de la Escuela de Salud Pública de La Paz, que desde su fundación a cargo del S.C.I.S.P., bajo la orientación del Dr. Jorge Quinteros, su fundador, venía trabajando en la formación de personal técnico medio, planteaba la ampliación de esta misión de acuerdo a las necesidades de la época.

Durante los periodos ministeriales de la Dra. Aida Claros de Bayá y del Dr. Hugo Palazzi, el Proyecto fue progresando hasta concretarse en el convenio Boliviano-Japonés, con el Ministro Hoffman Bang Soletto que también era representante en Bolivia de la Agencia de Cooperación Internacional de Japón para Bolivia (JICA). Durante la visita de la misión japonesa encabezada por el Dr. Shodo Toba, profesor asociado de la Universidad de Tokio, con el fin de estudiar la factibilidad del proyecto presentado por las autoridades bolivianas se llegaron a los siguientes acuerdos: La Escuela estaría ubicada en Cochabamba. Recibiría el nombre de Escuela Técnica de Salud Boliviano Japonesa. Estaría bajo la dependencia del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Su propósito sería el de formar personal técnico de nivel medio según necesidades con impacto en la formación de Enfermeras Técnicas Especialidades en Higiene y Salud Pública, Técnicos de Laboratorio y Rayos X y Técnicos Nutricionales. Se prevé para posteriores oportunidades la formación de radioterapeutas, fisioterapeutas y terapia ocupacional.

Aprobado el proyecto y firmado el convenio el Gobierno Japonés inició la construcción en mayo de 1981, para ser entregado al Gobierno en 1982, en ceremonia especial en presencia del Embajador del Japón y el Ministro de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia, Dr. Hoffman Bang Soletto. Las puertas de la Escuela se abrieron en 23 de abril del mismo año, habiendo sido nombrado su primer Director el Dr. Orlando Taja, con una sólida y variada formación profesional, fue educador, sanitario, odontólogo, médico especializado en Salud Pública, Director de la Unidad Sanitaria de Tupiza y Director de Recursos Humanos en el Ministerio. Esta Dirección posteriormente fue ocupada por la Dra. Rosario Andree, médico salubrista, que había llegado a la Dirección Nacional de Salud, siendo Ministro el Dr. Dorian Gorena, hasta hace poco el único médico salubrista que llegó a ese cargo.

De 1982 a 1986, se formaron en la Escuela 224 Técnicos Medios, con un promedio de 55 aproximadamente por año, con el siguiente detalle: 31 Técnicos de Enfermería, 30 Técnicos de Laboratorio y Rayos X y 14 reciclajes, 19 Técnicos de Atención al Medio, 13 Técnicos en Area Rural, 12 Técnicos en Laboratorio, 27 Técnicos de Enfermería en área urbana, 18 Auxiliares de Enfermería en área rural, 10 Técnicos de Salud Rural, 13 Técnicos Salud Rural y 37 Auxiliares de Enfermería (Historia y Perspectiva de la Salud Pública en Bolivia. Bolivia. 1988).

EL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA NUCLEAR (INAMEN)

De acuerdo a su actual Director y fundador el Dr. Luis Fernando Barragán, primer médico especializado en Medicina Nuclear en Bolivia, *“El Instituto Nacional de Medicina Nuclear nace gracias a la iniciativa de profesionales médicos bolivianos y sin contar con ayuda extranjera como algunos otras instituciones. El interés profesional de realizar investigaciones sobre la problemática de salud, hace que esta institución preste sus servicios al público en general llegando a tener hasta el momento 28 años de vida”*¹⁸⁷

Los diferentes acontecimientos que dan conformación definitiva a esta institución se inician el año 1962, cuando el Profesor de Física Médica, Semiología y Clínica Propedéutica de la UMSA en La Paz, el Dr. Casto Pinilla, ofrece a su ayudante ad honorem, el joven médico Luis Fernando Barragán, hacer uso de una beca para participar en el IV Curso sobre Metodología y Aplicación Clínica de los Radioisótopos, otorgada por el Instituto de Energía Atómica (IEA) de San Pablo, Brasil. Durante el desarrollo del curso, el Dr. Barragán consigue interesar al Presidente de la Comisión de Energía Nuclear del Brasil, Profesor Marcelo Damy de Souza Santos y al Vicedirector y Jefe de la División de Radiobiología, Profesor Rómulo Riveiro Pieroni, que además era Director del curso y a sus profesores, para dictar un curso similar en la ciudad de La Paz, con el apoyo de profesores, equipos y radiactivos. Para llegar a la práctica la realización de dicho curso, que en principio fue aprobado se requería contar con las solicitudes oficiales de la Universidad y del Organismo encargado de los asuntos nucleares en el país. A su retorno al país, el Dr. Barragán, al informar sobre el desarrollo del curso y los acuerdos concertados se encontró con que su Profesor el Dr. Casto pinilla se encontraba de Vicerrector de la Universidad y el Dr. Remberto Monasterios era el Decano de la Facultad de Medicina. Ambas autoridades firmaron las cartas de solicitud de cooperación al Brasil para la realización del curso, acompañada de una carta de presentación del Profesor Ismael Escobar, Director del Laboratorio de Física Cósmica, que había fundado en 1960 la Comisión de Energía Nuclear, en el que hasta entonces no figuraba el campo de medicina Nuclear. El 4 de Septiembre de 1962 llegó la aceptación de esta primera acción de cooperación internacional por parte del Brasil a Bolivia, en el campo de la Medicina Nuclear firmada por el profesor Rómulo Riveiro Pieroni, para realizar el curso en la ciudad de La Paz proporcionando profesores, equipos radioisótopos. En tanto se concretara la visita de los profesores brasileros *“las primeras actividades de la medicina nuclear boliviana utilizaba como oficina un pequeño café situado frente al*

¹⁸⁷ Guía y Visión Médica. Pag 39. medicina Nuclear. Diagnóstico por Imágenes - Instituto de Medicina Nuclear. La Paz. Año 1, N° 3, 1991. La Paz

¹⁸⁸ Dr. Luis Fernando Barragán. Memorias del INAMEN, N°1, septiembre 1999. La Paz

*Hospital General de Miraflores*¹⁸⁸, estuvieron dirigidos a dictar una serie de conferencias sobre la medicina nuclear y su utilización en el diagnóstico, tanto en la facultad de medicina como en diferentes sociedades científicas médicas”. El gran interés que generaba la nueva disciplina contrarrestaba con el escepticismo acerca de la probabilidad de instalar un Laboratorio de Medicina Nuclear, que sobre todo por los altos costos del equipamiento, parecía solo posible en países con tecnologías avanzadas y grandes recursos. En esta etapa de sensibilización y difusión de la especialidad se realizan las primeras acciones de Medicina Nuclear en nuestro medio señalándose el trabajo de los Drs. Guillermo Calderón, Mario Ergueta y Luis. F. Barragán sobre “*Tratamiento de la Eritrocitemia de la Altura con Radiofósforo*” (Prensa Médica, Vol XVI, 86-87, 1964). Al respecto el Profesor L. F. Barragán afirma: “*En el tratamiento de la Policitemia con radiofósforo hizo a este el primer isótopo radiactivo como fuente no sellada que se utilizó en el país tratando varios pacientes*”.

La conformación del Instituto se fue realizando simultáneamente con formación, capacitación de personal y la dotación del equipo necesario para desarrollar la especialidad de Medicina Nuclear. En 1963 la Organización Internacional de Energía Atómica (OIEA) proporcionó a la Comisión Boliviana de Energía Nuclear los servicios de una estación móvil, que recorría varios países de Latinoamérica, realizando cursos sobre técnicas fundamentales para la utilización de isótopos radiactivos. Con esta estación móvil se realizaron cursos en Cochabamba, Santa Cruz y La Paz con dos profesores de la Comisión Nacional de Energía Atómica de la Argentina y el Dr. Barragán de Bolivia, contando con el apoyo del laboratorio de Física Cósmica en equipo y logística y con las actividades del incipiente Centro de Medicina Nuclear. En noviembre de 1963 se inició el desarrollo del Programa del Primer Curso sobre aplicación de radioisótopos en medicina a cargo de los profesores brasileros, culminándose así la gestión del Dr. Barragán que la había iniciado como becario para formar profesional nacional, entre los profesores de la facultad y el cuerpo médico de La Paz. Los profesores brasileros trajeron consigo material de enseñanza, equipos y material radiactivo que quedaron en calidad de donación. El naciente Instituto ya contaba con sus primeros equipos consistentes en dos unidades Philips con fuente de alto voltaje, retamaters y escalímetros y dos detectores de cristal que fueron instalados en una pequeña sala del Banco de Sangre del Hospital General de Miraflores, cedido por el Dr. Jorge Ergueta Collao, su Director. Del café frente al Hospital de Miraflores, se pasaba a los ambientes del Banco de Sangre, como sede del futuro instituto, en este último local se realizaron las clases prácticas y se iniciaron los primeros trabajos sobre capacitación tiroidea en la evaluación de la función de la glándula tiroidea, dando campo a la investigación del Bocio y Cretinismo Endémicos en Bolivia. Este estudio conjuntamente con el de volúmenes sanguíneos

con glóbulos rojos marcados son considerados como resultados en los inicios de la cooperación del Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA). Del Banco de Sangre del Hospital Miraflores, las acciones del INAMEN pasaron a ser ejecutadas desde su moderno y confortable edificio ubicado en la calle Mayor Zubieta N° 1555 de Miraflores en La Paz. La fecha de la fundación del INAMEN es señalada por su creador el Dr. Barragán en el año 1962 y así lo atestiguan las placas recordatorias al cumplir sus Bodas de Plata en 1987. Por referencia personal el actual edificio del Instituto, sabemos que originariamente fue el Centro de Salud Alcides Carrion, que estuvo dirigido por el Prof. Guillermo Jáuregui Guachalla y que fue cedido al Programa de Medicina Nuclear en 1968. La última remodelación del edificio para dar cabida a los nuevos equipos se hizo en 1995.

Hasta 1999 el INAMEN estaba constituido orgánicamente por una Dirección, una Subdirección y los siguientes Departamentos: Centro Boliviano de Bocio, Radioinmunoensayo, Radiofarmacia Electrónica Médica y Administración. La contribución de organismos internacionales como la Organización Internacional de Energía Atómica, las Comisiones Nacionales de Energía Nuclear de la República Argentina, del Uruguay y el Brasil, el Programa de USAID/Bolivia y convenios con el Gobierno de Francia han sido de enorme ayuda en donación de equipos, asignación de grants, otorgamiento de becas y asistencia técnica con el envío de expertos, así como significativo el apoyo del Gobierno que en 1975 y 1976 posibilitaron la compra de la primera Cámara Gamma Planar y su sistema de cómputo para el INAMEN, En 1986 y 1971 con la cooperación de la OIEA con equipos y expertos, los Drs. Américo Olivari y Laureano Carneiro, el INAMEN proyectó sus actividades a los Departamentos de Chuquisaca, Santa Cruz y Tarija, contribuyendo a la creación de los Centros de Medicina Nuclear que fueron fundados en Sucre, en el Hospital de Santa Bárbara en 1966 con el Dr. Antonio Pardo; en Santa Cruz, en el Hospital San Juan de Dios en 1970, con el Dr. Francisco Landívar ; en Cochabamba, en el Hospital Viedma el año 1973 con los Drs. Aldo Paz Guevara y Rolando Peñaranda y en Tarija, en el Hospital San Juan de Dios en 1992, con el Dr. Juan G. Guerra.

Desde el año 1966, según su Director el Dr. Luis Fernando Barragán , el actual Profesor Titular Emérito de la Facultad de Medicina de la UMSA, *“se realizan estudios de la función tiroidea, diagnósticos de tumores cerebrales, detección de metástasis en el sistema esquelético, estudios de perfusión y posteriormente ventilación en el diagnóstico de tromboembolia pulmonar, diagnóstico de adenomas paratiroides, de tumores suprarrenales entre otros. Estos trabajos permitieron al INAMEN un desarrollo de innovación tecnológica permanente y el prestigio de la Medicina Nuclear Boliviana”*.

EL CENETROP

Estando desempeñando el cargo de Ministro en el Despacho de Previsión Social y Salud Pública el Dr. Luis Leigue Suárez, odontólogo beniano, se gestó la creación del Centro Nacional de Enfermedades Tropicales “CENETROP”, como un programa especial entre el Instituto de medicina Tropical (IMT) de Bélgica y el Instituto Nacional de Enfermedades Tropicales (INET) de La Paz-Bolivia. Como objetivo general se señalaba la necesidad de contar con diagnósticos y estudios epidemiológicos en profundidad de las enfermedades tropicales, como parte de la situación general epidemiológica del país; debía realizarse un trabajo de complementación, cooperación e integración en su específico campo técnico y de ninguna manera realizar actividades competitivas con otras instituciones. El país debía contar con una institución que mediante estudios e investigación en el campo de la patología tropical, permitiera desarrollar acciones preventivas, curativas y de capacitación para el combate a las enfermedades del trópico boliviano. Por recomendación de la comisión preparatoria formada por representantes de Bélgica, Bolivia y la OPS/OMS, se visitó las regiones tropicales de Bolivia y en consideración a las características especiales que presenta la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, se eligió esta ciudad para sede del Centro Nacional de Control de Enfermedades tropicales (CENETROP). El convenio de su creación fue firmado el 30 de mayo de 1974 entre los Gobiernos de Bolivia y Bélgica.

Como responsables por parte del Gobierno de Bolivia, se nombró al Dr. Benjamín Rivera G., médico cruceño, que después de hacer su año de provincia en Camiri, ingresó al servicio público en Portachuelo, siendo a nivel Ministerial Director Nacionales de Hospital y Técnico en Planificación y a consecuencia de la beca otorgada por Bélgica de Master en Salud Pública, fue designado Director del CENETROP; por parte del Gobierno de Bélgica, el Dr. Ayme De Muynck, fue designado experto responsable del Programa CENETROP el Dr. Benjamín Rivera, a quien le tocó la difícil tarea de organizar el CENETROP. Ocupó el cargo de Director hasta 1992 en el que fue jubilado. El primer experto belga responsable, el Dr. Muynck permaneció en el país hasta 1980; le siguió en el cargo el Dr. Christian Darras, epidemiólogo y salubrista, quien amplió su campo de acción en Santa Cruz, pasando como Asesor de Servicios de Salud a nivel de la Unidad Sanitaria y poco después a Asesor de la OPS/OMS en La Paz.

Bajo la acertada conducción de los programas y el estímulo a la producción científica y de investigación del Dr. Benjamín Rivera, esta institución que empezó funcionando en el local de la Unidad Sanitaria Santa Cruz (Junín 151) para posteriormente instalarse en un moderno edificio, alrededor de un bloque metálico central (zona universitaria, 2° anillo de circunvalación) con todas sus dependencias disponibles,

ha contribuido al conocimiento científico en el país sobre enfermedades tropicales con una serie de estudios y trabajos, así como con la capacitación del personal y la producción de exámenes de laboratorio, clínicos y otras pruebas especializadas. Para difundir el resultado de sus actividades ha contado desde su fundación con una publicación oficial, el Boletín Informativo del CENETROP, publicación trimestral fundado y dirigido por el Dr. Rivera y los miembros consultores, que para el año 1983 aparecen los siguientes: Drs. Christian Darras, Víctor Hugo Luna, Mario Recacochea, Hernán Bermudez y Luis Branco. En reemplazo del Dr. Benjamín Rivera al ser jubilado, ocupó el cargo por concurso de méritos el Dr. Alberto Giarrella Perodo, distinguido cardiólogo, quien aparece como editor de la publicación oficial que ha cambiado de nombre por el de Boletín Científico del CENETROP. La nueva planta del Comité Editor está formada por los Drs. Javier Lora R., Jorge Vargas F. y Dra. Lucila Cordoza (Volumen XVII, N° Unico, año 1988-1999. Esta institución ha cumplido en 1999 sus bodas de plata, veinticinco años de una labor continuada.

SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud decidió que la meta social de los gobiernos y de la OMS en los próximos años sería de alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000, un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva, es decir la meta comúnmente denominada “Salud para Todos en el Año 2000”.

En 1978, en Alma Ata (URSS) la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en la que participó Bolivia representada por el Dr. Oscar Román Vaca, Ministro de Previsión Social y Salud Pública, declaró que la Atención Primaria de Salud, como función central del sistema nacional de salud y parte integrante del desarrollo social y económico, es la clave para alcanzar esta meta. Subsecuentemente el Gobierno, se comprometió a dar cumplimiento a las resoluciones adoptadas por los cuerpos directivos de la OPS a nivel regional. Esos mandatos culminaron en las Américas, el 28 de septiembre de 1981 con la aprobación del Plan de Acción para la instrumentación de las Estrategias Regionales de Salud para Todos en el año 2000 por el Consejo Directivo (Resolución XX), que constituyen el fundamento de la política y programación de la OPS y contiene las metas mínimas y los objetivos regionales, así como las acciones que el Gobierno y la Organización deberán realizar a fin de lograr la salud para todos¹⁸⁹.

Metas Mínimas Regionales de Salud: 1. Esperanza de vida al nacer. Ningún país de la Región tendrá una esperanza de vida al nacer inferior a 70 años. 2. Mortalidad Infantil. Ningún país de la Región tendrá una mortalidad mayor de 30 defunciones por cada mil nacidos vivos. 3. Mortalidad de niños de 1–4 años. Ningún país de la Región tendrá una mortalidad de niños de 1 a 4 años superior a 2.4 defunciones por cada mil nacidos de esas edades. 4. Inmunizaciones. Proporcionar servicios de inmunizaciones al 100% de los niños menores de 1 año contra difteria, tos ferina, tétanos, tuberculosis, sarampión y poliomielitis. Asimismo, proporcionar servicios de inmunizaciones contra el tétanos al 100% de las embarazadas en áreas donde el tétanos neonatorum es endémico y de acuerdo a normas pre establecidas. Incorporar a otras vacunaciones en los programas de prestación de servicios cuando lo requieran situaciones epidémicas especiales. 5. Agua potable y disposición de excretas. Proporcionar agua potable aproximadamente a 100 millones de habitantes en las zonas rurales y a unos 115 millones de habitantes de disposición de excretas, aproximadamente a 140 millones en área rurales y a 250 millones en las urbanas para el año 1990. Entre 1991 y el año 2000 mantener la cobertura total proporcionando

¹⁸⁹ OPS/OMS Salud para Todos en el Año 2000. Plan de Acción para la Instrumentación de las estrategias Regionales. Documento Oficial N° 179. 1982. OPS/OMS.

servicios similares a 30 millones de pobladores rurales y a 100 millones de pobladores urbanos. 6. Cobertura con servicios de salud. Asegurar el acceso a los servicios de salud al 100% de la población.

Objetivos Regionales: • Reestructuración y expansión de los Sistemas de Servicios de Salud para mejorar su equidad, eficacia y eficiencia. • Promoción y perfeccionamiento de la articulación y de la cooperación intersectorial. • Promoción y mejoramiento de la cooperación regional e internacional. Estos tres objetivos estaban orientados a asegurar la contribución específica del sector salud en la reducción de las desigualdades sociales y económicas.

Partiendo de estos niveles básicos, cada Gobierno debería definir sus propias metas y objetivos tomando en cuenta las estrategias de Atención Primaria de Salud y la apertura programática de acuerdo con sus particulares situaciones y posibilidades.

Los años de 1978 a 1981, especialmente este último, según el entonces Director de la OPS, Dr. Héctor R. Acuña, fueron de transición. La tarea de la OPS/OMS durante el cuatrienio fue de transformar la Meta de Salud para Todos y las políticas generales y específicas en que se basa en realidades concretas. Los cuatro hitos en el camino hacia la Salud para Todos durante este periodo fueron: La estrategia de Atención Primaria- según fue establecida en la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas -, la evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas (1971-1980), la elaboración de estrategias nacionales – como base de las estrategias regionales que fueron adoptadas- y la formulación del Plan de Acción para aplicar las mismas.

En este periodo de transición, que también ocurrió en el país, dentro de un periodo de confusión, inestabilidad e incertidumbre de 10 Ministros de Salud, en 8 cambios de gobierno en 3 años de 1978 a 1982, sin embargo, se plantearon los aspectos conceptuales sobre Atención Primaria de Salud y Salud para Todos en dos eventos y se elaboró un documento oficial, en el Gobierno de García Meza, en el periodo de la gestión ministerial del Dr. José Villarroel Suárez (28 de febrero a 4 de septiembre de 1981).

En la VIII Conferencia Nacional de Salud Pública, realizada en Santa Cruz del 19 de abril de 1980, con participación de todas las filiales del país, se hicieron las siguientes recomendaciones en relación a los aspectos conceptuales y operativos de la Atención Primaria de Salud; *“El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública deberá adoptar como política prioritaria el encarar las acciones hacia la realización de la Atención Primaria de Salud. Utilizar modelos que puedan reproducirse fácilmente*

en vez de programas pilotos o costoso e irreproducibles. El Sistema Nacional de Salud al adoptar y aplicar la Atención Primaria de Salud deberá integrarla a los Planes de Desarrollo Multisectorial a todo nivel”.

La 10° Reunión de Ministros de Salud del Area Andina realizada en Santa Cruz en septiembre de 1980, en su declaración como punto de referencia y lineamiento de trabajo, expresó que *“las metas de la OMS, señaladas para nuestros países solo se podrían cumplir si los gobiernos al lado de los pueblos son capaces de desencadenar efectivos cambios en los niveles de vida que condiciona la salud”.*

El documento Políticas y Estrategias de Salud 1981-2000 constituye una adecuación del Plan de Acción de Salud para Todos en el año 2000 formulado por la OMS, que por su importancia refleja la voluntad política del Gobierno, pasamos a resumirlo.

POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS NACIONALES DE SALUD 1981-2000

La base legal de este documento, lo constituye la Resolución Ministerial 0386 del 29 de abril de 1981 y considera que siendo su contenido y alcances de las políticas y estrategias que se presentan concordantes y coherentes con los Decretos Leyes N° 17609 y 17692 de 17 de septiembre y 9 de octubre, disponiendo la elaboración del Plan Estratégico Global 1981-2000, el Plan Quinquenal 1981-1985 y el Plan Nacional de Emergencia Nacional 1981, se hace necesario formalizar y poner en vigencia el documento *“Políticas y Estrategias de Salud”* el mismo que se constituye en el marco de referencia para la elaboración, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos en el sector salud, en el mediano y largo plazo.

Ha sido elaborado dentro del contexto de los lineamientos de Política del Gobierno de Reconstrucción Nacional contenidos en los Decretos Leyes 17609 y 17692 que propugnan: a) El desarrollo económico y social acelerado y autosostenido, sustentado en las potencialidades internas del país, b) La participación de la ciudadanía en todas las esferas a fin de efectuar conjuntamente con las Fuerzas Armadas de la Nación en histórica movilización patriótica, en tareas de reconstrucción nacional y c) La regionalización estratégica del país para el Plan Quinquenal de 1981.

El documento plantea proposiciones de políticas y estrategias coherentes con la situación económica y social del país y particularmente con la situación de salud y busca que el sector salud en sus componentes públicos y privados, oriente sus acciones en dirección del objetivo de *“que todo habitante del país reciba servicios de salud socialmente aceptables y compatibles con el Desarrollo Económico y Social”.*

El documento desarrolla cuatro capítulos: 1) Marco socioeconómico, 2) Situación de Salud, 3) Objetivos, Políticas y Estrategias, 4) Estrategias para el cumplimiento de la imagen y 5) Mecanismos de Coordinación y control.

Las partes relevantes lo constituyen, los objetivos, políticas y estrategias para el cumplimiento de la imagen objetivo de “*que todo habitante del país reciba servicios de salud socialmente aceptables y compatibles con el Desarrollo Económico y Social que le permitan gozar de un nivel de salud acorde a la declaración de Alma Ata de que Bolivia es signataria*¹⁹⁰”.

En relación a la extensión de cobertura concordantes con Salud para Todos en el Año 2000, este proyecto se desarrollaría con la estrategia de la Atención Primaria de Salud, cuya definición para el país es la siguiente: “*La Atención Primaria de Salud, es la asistencia sanitaria integral puesta al alcance de la comunidad, por medios que le sean socialmente aceptables con plena participación comunitaria y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar y cuya responsabilidad de ejecución descansa en el equipo de salud y la comunidad en los diferentes niveles. La Atención Primaria se constituye en el núcleo principal del sistema de salud y la estrategia fundamental de la extensión de cobertura*”.

El desarrollo de la estrategia significa el desarrollo de las siguientes acciones: 1) Incorporación del personal de salud a los grupos comunitarios organizados. 2) Capacitar líderes y voluntarios en promoción de la salud. 3) Desarrollo de la participación comunitaria con un enfoque multisectorial. 4) Adiestramiento de los agentes de salud tradicionales de la comunidad, previa identificación. 5) La participación de la comunidad en la capacitación de promotores (recursos humanos tradicionales) sin apartarse de las normas del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

En el desarrollo institucional se señalan tres aspectos: a) reorientación y organización de la estructura orgánica y funcional del Ministerio b) regionalización de los servicios de salud y c) Desarrollo Administrativo.

LA COOPERACIÓN DE LA OPS/OMS HACIA LA SALUD PARA TODOS

Las actividades de la cooperación de la OPS/OMS para el cumplimiento de las recomendaciones por los gobiernos signatarios para llevar adelante el Plan Regional de Salud para Todos, principalmente en la primera fase de la implantación de los aspectos conceptuales y doctrinarios, estuvieron coordinados por el Dr. Vadimir Rathausen,

¹⁹⁰ Gregorio Mendizábal Lozano. Contexto Histórico de la Planificación de Salud en Bolivia., Curso de Planificación en Salud. Proyecto Integrado de Servicios de Salud-MPS y SP. Banco Mundial. Cochabamba 1989.

quien representó a la OPS/OMS en el país de Agosto de 1979 a junio de 1983. El Dr. Rathausen, argentino, médico graduado en Buenos Aires, con Maestría en Salud Pública en Harvard, Massachussets, llegó al país después de haber desempeñado la representación de OPS/OMS en Surinam y Haití. Le correspondió iniciar la nueva apertura programática de acuerdo al Plan Regional de las Américas que se había establecido en las tres áreas: 1) Desarrollo de la Infraestructura de los Servicios de Salud (desarrollo de los sistemas de servicios de salud, desarrollo de recursos humanos, tecnología de diagnóstico y tratamiento, 2) Desarrollo de los Programas de Salud (Promoción y Atención de la Salud, Salud Ambiental, Prevención y Control de Enfermedades, Programas Especiales), 3) Administración del conocimiento necesario para llevar a cabo los dos aspectos anteriores. El Dr. Rathausen, al dejar el país por cambio de cargo a Representante de la Organización en el Uruguay, declaraba que ¹⁹¹: *“las principales acciones en que la Oficina tuvo el privilegio de participar, fueron en áreas de preparación de recursos humanos (con el inicio del Curso Internacional de Salud Pública), en el fortalecimiento de los Servicios de Atención Primaria (con el apoyo del sector de enfermería) y el comienzo de la conceptualización de la Información Gerencial (SIG), que el Lic. Carrillo inició en Bolivia (implementado ahora con mucho éxito en varios países del continente). Para el Dr. Hugo Palazzi Moscoso, Ministro de Previsión Social y Salud Pública (abril-julio 1980) en el Gobierno de la Sra. Lidia Gueiler Tejada, fue el Dr. Wadimir Rathausen, representante de la OPS/OMS en Bolivia “quien sin regatear esfuerzos, facilitó toda la preparación logística y de planificación para iniciar la nueva orientación conceptual y doctrinaria de Salud Para Todos”.* En el año de la Salud en Bolivia que mediante Decreto Supremo N° 17216 se había planteado para el año 1981 el Dr. Palazzi considera como logros en su gestión *“la formulación de un programa integral de desarrollo de las diferentes áreas de salud y la puesta en marcha de la movilización popular que alcanzó gran trascendencia nacional en gestiones posteriores, así como la iniciación del proyecto de la Comisión Nacional de Coordinación Docente Asistencial y la de la escuela de Salud Pública en Cochabamba”.*

Las actividades de la cooperación de la OPS/OMS en el cumplimiento de los objetivos, metas y estrategias del Plan Regional de Salud para Todos con sus adecuaciones en los planes nacionales han estado orientados por sus representantes en el país: Dr. Gustavo Mora de Colombia (1983–1987), Dr. Juan Manuel Sotelo del Perú (1989–1990), Dr. Germán Perdomo de Colombia (1990–1992), Dra. Mirta Roses (1992–1995), Dr. Carlos Linger de la Argentina (1995–) y actualmente por el Dr. José Antonio Pagés de Cuba.

En 1982 la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana eligió como nuevo director al Dr. Carlyle Guerra de Macedo del Brasil y en 1986 y 1990 la XXII y XXIII Confe-

¹⁹¹ Sociedad Boliviana de Salud Pública. Revista. Vol XXXII, N° 51, 1993.

rencia lo reeligió por unanimidad. “Bajo el liderazgo del Dr. Guerra de Macedo la organización se ha guiado por los principios de que cada ciudadano tienen el derecho fundamental a la atención de la salud, que el propósito principal de la política nacional de desarrollo es velar por el bienestar de los ciudadanos y que la salud no solo es resultado del proceso socio económico sino condición necesaria para alcanzar ese progreso”¹⁹². En 1994 la Conferencia Sanitaria Panamericana eligió como su Director al Dr. George A.O. Alleyne habiendo sido reelegido en la Conferencia Sanitaria Panamericana en el año 1998.

A partir de 1990 la Organización Panamericana de la Salud y los gobiernos miembros han definido directrices destinadas “*a establecer el marco de actuación institucional para un periodo de cuatro años y en grandes ejes por los que deberá transitar la transformación de los sistemas nacionales de salud*” denominadas “*Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas*”. En ellos están reunidos tanto el marco doctrinario como las indicaciones instrumentales que los Países Miembros han acordado como guía fundamental del quehacer sectorial para los periodos cuadrantes correspondientes.¹⁹³

En el proceso que se ha venido desarrollando en el país de la apertura y consolidación democrática, en los cuatro gobiernos constitucionales transcurridos y el actual en plena gestión, se han formulado planes de salud y planteamientos estratégicos en función de las metas regionales de Salud Para Todos, cuya descripción y análisis son objeto de los siguientes capítulos.

BASES PARA LA POLITICA DE SALUD DEL GOBIERNO DEMOCRATICO Y POPULAR. 1983 (U.D.P.)

Bajo el pensamiento de Hernán Siles Zuazo de que esta “*dura batalla contra el hambre, la pobreza y la enfermedad es la síntesis de la lucha por la salud del pueblo boliviano*” en las bases de política, se concibe la defensa de la salud como una lucha del pueblo unido contra el hambre, la miseria, la ignorancia y las injusticias sociales, enfatiza la “optimización de nuestros recursos humanos profesionales y populares, buscando expandir el conocimiento y el grado de conciencia general del derecho a la salud y el luchar junto a la colectividad organizada por la vigencia de tal derecho, antes que pensar en las necesidades de grandes centros hospitalarios o patrocinar la importación de costosas tecnologías”. Las bases cuentan con los siguientes contenidos: Presentación. I. Principios y conceptos sobre la salud. II. La situación de salud en Bolivia. III. La situación institucional del sector salud y IV. El plan de acción inicial.

¹⁹² OPS. Historia de OPS. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol 113 N° 5 y 6, 1999.

¹⁹³ OPS/OMS. Orientaciones estratégicas y prioridades Programáticas. 1991–1994. Washington 1991.

El Plan de acción inicial señala como objetivo elevar el nivel de salud de la población disminuyendo el riesgo de enfermar y morir, contribuyendo a mejorar las condiciones y el nivel de vida, a través de la coordinación intra e intersectorial integrándose con la acción popular organizada.

Prioridades: desarrollar programas de acción rápida sobre el binomio madre–niño, el trabajador y el saneamiento del medio, profundizando la cobertura institucional a través de un programa de operacionalización de la regionalización de servicios.

Estrategia: se ha aprobado las estrategias de salud para todos en el año 2000 y los acuerdos sobre Atención Primaria de Salud, integrar la acción popular organizada en el proceso de desarrollo social y en el caso específico de nuestra responsabilidad el campo de la salud, identificando la participación tanto en la categoría de objeto como de sujeto.

La participación debe ser masiva y concreta, además de ser sistemática y permanente, debe integrarse en la columna del sistema de organizaciones sociales. Entre las actividades de acción rápida o inicial se determina instalar los Consejos Populares de Salud a nivel nacional, regional, de distrito y área para implantar, desarrollar y consolidar los principios de la gestión social. Otras actividades son administrativas: planificación, medicamentos, rol rector, coordinación con universidades. La apertura programática establece el desarrollo de infraestructura de Salud y Desarrollo de programas de atención a las personas y el medio ambiente.

Es a partir de 1983, con la formulación de las Bases para la Política de Salud enunciadas ya en el documento de Políticas y Estrategias de Salud 1981–2000 que Bolivia, como el resto de países de la Región de las Américas, ha de orientar sus acciones sanitarias sobre los postulados acordados de la estrategia de la Atención Primaria de Salud. Estos postulados son: Universalidad del derecho a la salud, extensión de la cobertura, orientación de los recursos hacia la periferie social, uso de tecnologías simplificadas, calificación de riesgos y establecimiento de niveles de atención y participación consciente y deliberada de la comunidad con intervención multisectorial.

En junio de ese año se llevó a cabo en la ciudad de La Paz una Jornada de análisis de la cooperación que venía brindando la OPS/OMS presidida por el Ministro Dr. Javier Torres Goitia y el director de la OPS/OMS Dr. Carlyle Guerra de Macedo¹⁹⁴. Al respecto el Dr. Javier Torres Goitia su trabajo “*La OPS, Carlyle Guerra de Macedo y la Política de Salud*”, refiriéndose a su reunión en La Paz con el Dr. Guerra de

¹⁹⁴ Dr. Tavaré Gonzáles. Asesor OPS/OMS. Proceso de Desarrollo del Sistema de Salud en Bolivia. Revista Salud Pública Boliviana n° 42, diciembre 1984.

Macedo, recientemente nombrado Director de la OPS/OMS a quien había invitado por teléfono nos dice: *“lo que en cualquier otra circunstancia no había pasado de un saludo protocolar se convirtió en el inicio de una fecunda amistad, al calor de afinidades compartidas y de búsqueda de objetivos comunes... Fue un fecundo periodo de cooperación que nos tocó compartir con OPS...”*. Los participantes, funcionarios responsables del nivel superior del Ministerio y el equipo de asesores de la representación de la OPS/OMS, analizaron los aspectos conceptuales y operativos de la A.P.S. identificando las áreas prioritarias de cooperación y conformaron un grupo de trabajo para el análisis estratégico que actuando en posición crítica posibilite la formulación de estrategias y un esquema para la organización y desarrollo del Sistema de Salud. En esta labor, el representante de la OPS/OMS Gustavo Mora, colombiano, médico especializado en Salud Pública en Antioquia (Colombia) que llegaba al país después de pasar de Director de la Oficina de Relaciones Internacionales del Ministerio, en Colombia por los cargos de analistas de Programas y Representante en Suriname de la OPS/OMS, fue el encargado de coordinar la labor del grupo de asesores y funcionarios nacionales.

Las líneas estratégicas para la ejecución del Plan de acciones que se había formulado claramente diferenciaban dos direcciones: una institucional y otra social. La estrategia institucional tenía como objetivo principal operacionalizar la prestación de servicios, mediante los Programas Integrales de actividades de áreas de salud (PIASS) profundizando la regionalización; la otra estrategia de carácter social, posibilitaba la participación activa de la comunidad organizada con la creación de los Consejos Populares (7 de abril de 1983) y el posterior desarrollo de las movilizaciones populares de Salud. Ambas líneas estratégicas concertadas debían servir de piedra fundamental al desarrollo del Sistema de Salud.

PROGRAMA INTEGRAL DE ACTIVIDADES DE AREAS DE SALUD (PIAAS)

Los PIAS nunca más cercanos a la concepción de la A.P.S. comienzan a dar contenidos concretos y definidos a la Regionalización, así como la Desconcentración y la descentralización en algún grado, dentro de la Participación Comunitaria.

Para la operacionalización de las prestaciones de los servicios de salud, el grupo de análisis estratégico propuso un agrupamiento funcional de la estructura organizativa. Esta propuesta se resume en 6 núcleos funcionales: 1) Alta dirección; 2) Coordinación y desarrollo; 3) Técnico administrativo de la salud; 4) Técnico administrativo de la seguridad social; 5) Apoyo administrativo, estos núcleos comandados por el Despacho Ministerial están al servicio del núcleo operativo 6) de las Unidades

sanitarias con sus distritos y áreas de salud y los hospitales con los efectores de servicios del sistema.

Esta estructura institucional coordina, a través de los Consejos, Comités y Comisiones Populares de Salud con las organizaciones sociales. Esta coordinación se establecía a nivel nacional desde el despacho ministerial mediante el Secretariado Coordinador del Campo, a nivel regional y local con las unidades sanitarias.

En el núcleo operativo de las Unidades Sanitarias, el área de salud representa el primer nivel de atención, corresponde a una determinada área geográfica y poblacional con características comunitarias definidas, infraestructura física, equipamiento y personal a cargo de un médico, para la atención integrada de servicios de salud con estrecha participación de la comunidad, Las áreas de salud, tanto urbanas como rurales, fueron concebidas como unidades básicas que permitan la extensión de la cobertura y la aplicación de la regionalización de los servicios en el país; unidad básica del sistema de recolección de información, referencia de pacientes y nivel primario de atención de salud institucionalizada y de relacionamiento y coordinación intersectorial para el desarrollo económico y social de la comunidad. Los PIAAS constituyeron las acciones integradas de salud desarrolladas con participación de la comunidad a través de sus Comités Populares de Salud priorizando sus actividades en prevención de la salud, salud materno infantil, educación sanitaria, formación y capacitación de Responsables Populares de Salud (RPS). (En 1984 se formaron 19,000 RPS y en 1985 8,000 alcanzando a un total de 27,000 RPS a nivel nacional). Los médicos y su equipo de salud tenían como puntos básicos y fundamentales que desarrollar: 1. Determinar la situación de la salud del área e identificar las prioridades; 2. Determinar en su zona demográfica la participación organizada de la comunidad y 3. Implementar como estrategia la Atención Primaria de Salud para el logro de sus objetivos.¹⁹⁵

La Participación Activa de la Comunidad Organizada. Constituía la otra línea estrategia de carácter social que debía dar conformación a un sistema nacional coherente y en defensa de la salud del pueblo que se había enunciado en la Política de Salud. Primero, se organizó al nivel central del Ministerio, el Consejo Popular de Salud, con la representación de campesinos, obreros y clase media y la representación de la OPS/OMS y el UNICEF con los que se conformó una directiva y se discutió y se aprobó las Bases de la Política de Salud; este Consejo Nacional fue el encargado de promover a nivel departamentales y locales la conformación de los Comités Departamentales y de áreas. Sus funciones en términos generales, correspondientes a cada

¹⁹⁵ Jorge Auza López. Subsecretario de Salud. Situación de Salud en Bolivia, Políticas y Estrategias. Revista Salud Pública Boliviana N° 44, 1984.

nivel de actuación, estaban dirigidas a participar en acciones de producción de salud, como en campañas de vacunación, en la producción de conocimientos, participando en los aspectos de programación y evaluación de planes y proyectos y en el proceso de gestión de la prestación de servicios a la comunidad, con el control, capacitación y formación de los recursos humanos principalmente comunitarios. “La presidencia del primer Consejo Nacional Popular de Salud, recayó aunque parezca extraño en la persona de un profesional ingeniero Julio Oliva, quien “construyó” previo diseño un indestructible edificio que acogió a millones que ejerciendo su derecho de defensa de la salud del pueblo, se constituyeron en una activa movilización popular¹⁹⁶, otro dirigente que el representante obrero, Toribio Hinojosa.

LAS MOVILIZACIONES POPULARES

El Ministro de Previsión Social y Salud Pública, Dr. Javier Torres Goitia, en su discurso de ingreso como socio a la Sociedad Boliviana de Salud Pública (mayo de 1985) sobre el tema “*Defensa de la Salud y Atención de la Enfermedad*” hacía la siguiente consideración: “*el sentido que queremos dar a la defensa de la salud, como categoría nueva supera el concepto de la atención de la enfermedad que se limita a la promoción, prevención, curación y todas las actividades inimaginables para perfeccionar la práctica médica. La defensa de la salud involucra un cambio cualitativo por el cual se proyecta al ámbito de las relaciones sociales de producción para insertarse en la lucha social por el logro de todas las reivindicaciones que confluyen a mejorar la calidad de vida y por lo tanto la salud.*”¹⁹⁷. *Las movilizaciones populares que para el combate de determinadas enfermedades que afectaba sobre todo a la niñez, habían sido organizadas por los Comités Populares de Salud, se consideraban como expresión de la propia lucha de reivindicación social de los sectores más desposeídos que nos han permitido incorporar estas poderosas fuerzas sociales, antes marginales a las acciones de defensa de la salud*”¹⁹⁸. En su discurso en la 60 Asamblea Mundial de la Salud, en Ginebra, el Dr. Javier Torres Goitia afirmaba que “*el tema de la Organización Mundial de la Salud que postula Salud Para Todos en el Año 2000 ha sido complementado en nuestro país de acuerdo a nuestra propia realidad*”. *Ahora nosotros decimos salud para Todos con Todos porque es toda la sociedad la que solidariamente se está movilizand*o en *defensa de la salud colectiva*”.

¹⁹⁶ Lic. Ernesto de los Santos. Resurge Esperanza de Vida para millares de niños desnutridos. Revista Salud Pública Boliviana N° 42, diciembre 1984.

¹⁹⁷ Javier Torres Goitia. Defensa de la Salud y Atención de la enfermedad. Discurso de ingreso a la SBSP y presentado en la Universidad de Harvard EE.UU. Revista Salud Pública Boliviana N° 43, julio 1985.

¹⁹⁸ Javier Torres Goitia. Discurso en la 37° Asamblea Mundial de la Salud. Revista Boliviana de Salud Pública N° 42, año 1984.

Entre octubre de 1983 y 1984 se habían llegado a organizar seis movimientos populares con el objeto de inmunizar a la población en riesgo para combatir la poliomielitis, el sarampión, fiebre amarilla y la tuberculosis según el informe del Dr. Torres Goitia, los resultados mostraban que a diferencia de años anteriores donde apenas se lograron coberturas del 30% con la movilización popular organizada se pudieron alcanzar coberturas de más del 90% en área urbana y del 80% en áreas rurales incluyendo a toda la población dispersa.

Las movilizaciones populares, si bien enarbolaban las banderas de la Unidad Democrática Popular (UDP) del Dr. Hernán Siles Zuazo, para el Subsecretario de salud de entonces el Dr. Jorge Auza “no era cierto que fuera una acción exclusivamente partidista, pero si admitimos que es una Política de Gobierno y como tal no recibe sólo el apoyo estatal sino también de organismos internacionales para la implementación de los programas¹⁹⁹. La OPS/OMS, el UNICEF, Naciones Unidas, USAID y las Organizaciones No Gubernamentales habían estructurado su cooperación en razón de las Bases Políticas y estrategias formuladas. El UNICEF había iniciado una verdadera revolución en favor de la Infancia contando para ello con cuatro armas efectivas: la vacunación, la rehidratación oral, la lactancia materna y las fichas de control de crecimiento y salud del niño, que consideraba respuestas concretas para problemas concretos.

En el área de Desarrollo de los Servicios de Salud, con la cooperación de la OPS/OMS se llevaron a cabo acciones correspondientes a los programas de desarrollo de recursos humanos, medicamentos e infraestructura.

DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD

Recursos humanos en Salud. El departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública en 1982, consolidó un Sistema de formación de Recursos Humanos que en 1984 se amplió a un Sistema Nacional de Recursos Humanos conformado por: a) El Departamento de Recursos Humanos del MPS y SP, b) La Comisión Nacional de Integración Docente Asistencial (CNIDA), c) Órganos operativos del departamento de Recursos Humanos. Estos organismos operativos quedaron constituidos por la Escuela Técnica de Salud (ETSP), la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP), la Maestría en Salud Pública (MSP). Los departamentos de enseñanza de la Seguridad Social y el Programa permanente de educación continua en Salud²⁰⁰. El curso de la maestría en Salud Pública continuó

¹⁹⁹ Jorge Auza. Movilizaciones populares y su impacto. Revista Salud Pública Boliviana N° 41, abril 1984.

²⁰⁰ Carmen Rosa Serrano. Los esfuerzos en conducción el desarrollo de los Recursos Humanos de Salud. Revista Salud Pública Boliviana N° 5, año 1993.

desarrollando su programa bajo la responsabilidad del Ministerio con el apoyo de la OPS/OMS.

Medicamentos. En los Decretos Supremos N° 19302 y 19303 del 1 de diciembre de 1983, en la gestión del Dr. Mario Argandoña encontramos los inicios de la estructuración del Programa Nacional de Medicamentos Esenciales que después a de tener significativo apoyo internacional.

La primera disposición suprema declara nulos los registros sanitarios de los productos farmacéuticos que se comercializan en el país, admitiendo la licencia en curso hasta el término de seis meses, a cuyo término las autoridades deberán proceder de acuerdo a Ley. El decreto está conformado por 5 capítulos y 30 artículos relacionados con Disposiciones Generales del Formulario Terapéutico Nacional del Consejo Nacional de Medicamentos y de los mecanismos de control y normas complementarias. El segundo decreto autoriza al Banco Central de Bolivia un desembolso que sirva de fondo rotativo para la adquisición de medicamentos por vía directa destinados a la población de bajos ingresos y a la cooperación de la OMS para el plan de emergencia dispuesto por el Supremo Gobierno²⁰¹. Los otros dispositivos referidos a medicamentos, con la finalidad de actualizar y perfeccionar las disposiciones que reglamentan la producción, importación y comercialización de productos farmacéuticos son dados en la gestión ministerial de Javier Torres Goitia, D.S. 19529 (abril 1983) autoriza al Banco Central de Bolivia, desembolsos por vías de excepción en favor de las Cajas del Seguro Social, con destino a la compra directa de productos farmacéuticos a través del Ministerio y la OPS/OMS como entes de servicio internacional que tienen precios bajos y competitivos.

EL D.S. 19680 (15 de julio 1983) ampliando los efectos legales a todas las Cajas del Seguro Social autorizando al Banco Central efectuar desembolsos con cargo a los fondos propios de cada institución como fondo rotativo con destino a la adquisición de medicamentos a través del Ministerio con la cooperación de la OMS y otros organismos internacionales que ofertaban precios competitivos. El 12 de abril de 1984 (D.S. 20195) se dio lugar a la creación del Instituto Nacional de Suministros Médicos (INASME) como institución pública descentralizada con personería jurídica, autonomía de gestión, técnica económica y administrativa, patrimonio propio e independiente bajo la tuición del Ministerio, dirigida por un directorio, presidido por el Ministro o su representante.

En este periodo, el aprovisionamiento oportuno de medicamentos esenciales y productos biológicos constituía una de las prioridades del Plan de Salud bajo el Programa Nacional de Medicamentos considerando como principales actividades la im-

²⁰¹ Rolando Costa Arduz. Historia del Ministerio de Salud, 2001.

portación y la adquisición local y la distribución iniciándose las investigaciones orientadas a determinar la capacidad de la industria nacional y el control de la calidad así como el impacto del programa en los programas y movilizaciones populares.

Infraestructura. En materia de la infraestructura de servicios de salud, el 19 de marzo de 1984 por Decreto Supremo se homologaban las notas reversales suscritas entre el gobierno de Bolivia y el Japón por la que se donaba fondos con destino al diseño, construcción y equipamiento médico del Hospital General de la ciudad de Santa Cruz por el gobierno japonés al mismo tiempo, en otro decreto se autorizaba a la Cooperación regional de Desarrollo de Santa Cruz, ceder en favor del Ministerio, un terreno en forma gratuita y definitiva para la construcción de dicho hospital.

PRONALCOBO. El Programa Nacional contra el Bocio con la asesoría de la OPS/OMS y el financiamiento de UNICEF se puso en marcha en enero de 1984. *“En ese entonces la prevalencia del bocio endémico afectaba al 65 y 5% de la población de 6 a 18 años. El Programa con activa participación popular logró introducir y mantener el uso generalizado de la sal yodada, sumada al empleo de medidas preventivas específicas y a la masiva participación popular, logró tan fuerte impacto que en brevísimo tiempo el bocio comenzó a disminuir sostenidamente al punto que antes de 10 años fue erradicado en el país. En 1997 el país recibió la certificación internacional como país libre de deficiencia de yodo”.*

El programa ampliado de inmunizaciones (PAI). Durante los años 1980 y 1981 según Informe del Director Nacional de Salud y el Director Nacional de Epidemiología²⁰² las coberturas alcanzadas por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) con las actividades de vacunación solamente institucionales, habían llegado a un máximo de 25% a 30% en terceras dosis y a un 28% con vacunas de una sola dosis en grupos etáreos de menores de 3 años. En 1982 se había realizado un análisis autocrático de las causas técnicas y administrativas que limitaban el alcance de las coberturas significativas, destacándose las siguientes: falta de una real decisión política, falta de participación efectiva de la población, integración deficiente del programa dentro de los servicios de salud, normas administrativas rígidas y uniformes para todo el país, carácter abstracto de las normas técnicas e información deficiente del programa hacia la población.

En base a este análisis, donde resaltaba el bajo nivel de percepción acerca de la enfermedad por parte de la comunidad y el desconocimiento de sus disposiciones para participar por parte del personal de salud, surgió la estrategia de la movilización

²⁰² Dr. Mario Lagrara. Director Nacional de Salud Pública y Dr. Angel Valencia, Director Nacional de Epidemiología. Movilización popular en programas de inmunización. Revista Sociedad Boliviana de Salud Pública N° 42, diciembre 1984.

ción popular sobre la base de los Comités Populares de Salud, sin descuidar las actividades permanentes de vacunación de los servicios conforme lo programado por el PAI, con la movilización popular sería factible, mediante operativos en masa, mejorar radicalmente las coberturas.

La Poliomiелitis. Los registros documentados del Ministerio de la evolución de la morbilidad por poliomiелitis, permite seguir su curso debidamente documentado: en 1970 aparece un brote de 111 casos de los cuales 81 corresponden a Cochabamba; entre 1974 y 1977 se registraron en el país 6 epidemias, 4 en el área urbana (Oruro, La Paz, Santa Cruz y Cochabamba) y dos en área rural (Ixiamas en La Paz y Montero en Santa Cruz).

Entre 1979 y 1980 se registró la más grande epidemia en la historia del país y en la que se registraron 433 casos que afectó a las poblaciones más concentradas del país en mayor intensidad en Cochabamba²⁰³. A partir de 1979, con la implantación del PAI se observó un marcado y persistente descenso incrementándose progresivamente las coberturas mediante las movilizaciones populares.

En 1985 la OPS/OMS propone la erradicación de la Poliomiелitis en las Américas, la propuesta es aprobada por los Gobiernos y recibe gran apoyo del UNICEF y del Rotary Internacional (El Programa Polio Plus en Bolivia) y la Agencia de EE.UU: para el desarrollo Internacional y la Asociación Canadiense de salud Pública, el BID y otras organizaciones, estableciendo con todas las agencias el Plan de Erradicación de la Transmisión Autóctona del Virus Salvaje de la Poliomiелitis en las Américas, objetivo a alcanzar el año 1990. Bolivia ingresa en el programa y se compromete con este objetivo, a lograr y mantener altas coberturas de vacunación, realizar una vigilancia eficaz para detectar casos nuevos de parálisis flácida aguda (P.F.A.) y a organizar medidas rápidas frente a todo caso nuevo de parálisis flácida.

Sarampión. Dentro de los cuadros de notificación obligatoria, la presencia del sarampión ha sido permanente, ocupando el 6° lugar dentro de la morbilidad de las enfermedades transmisibles. En el grupo de menores de 5 años ocupa el tercer lugar entre las causas de morbilidad general. Los años que presentaron mayor incidencia de casos fueron 1972 y 1977 con 8315 y 8194 casos, respectivamente. En 1981 se presentaron nuevamente un brote pero con un descenso significativo de casos, no llegando a los 8,000. La vacunación contra el sarampión se ha reunido realizando en nuestro medio desde 1965 con programas reducidos en extensión y cobertura. Esta actividad se normalizó a partir del año 1979 no obstante las coberturas alcanzadas

²⁰³ Dr. Mauricio Landaverde. Asesor OPS/OMS del PAI. Dr. Percy Halkyer, Asesor OPS/OMS del PAI. La erradicación de la Poliomiелitis en Bolivia. Revista boliviana de Salud Pública N° 51, año 1993.

hasta 1883 resultaron insuficientes, así la cobertura alcanzada en 1982 fue de 9.0% de la población programada y en 1983 de 21% de la población comprendida entre 1 y 3 años con el apoyo de la participación de la comunidad en las mortizaciones populares.

En 1985, octubre y noviembre, la evaluación del PAI demostró la ausencia de notificación de casos de poliomielitis desde enero de 1984 y una mayor disposición por parte de la población para aceptar las inmunizaciones al comprender la importancia de su aplicación en la protección contra la enfermedad, implantándose la vigilancia epidemiológica para poliomielitis, tétanos neonatal y sarampión.

Programa Nacional de Lucha contra la Diarrea. Entre las causas de morbi mortalidad infantil, la enfermedad diarréica aguda ha venido ocupando durante años sino el primero, el segundo lugar constituyendo un problema prioritario de Salud Pública por sus implicaciones con el estado nutricional y saneamiento básico y las condiciones económico sociales del grupo familiar. La deshidratación, que es la pérdida de agua y sales disueltas en las deposiciones, constituye la causa determinante de muerte de los niños, afectados por la enfermedad diarréica. Según Lancet 1978; “el descubrimiento de que el transporte de sodio y glucosa están unidos a nivel del intestino delgado haciendo que la glucosa acelera la absorción de la solución y el agua fue potencialmente el adelanto médico más importante de este siglo” que permitía el uso de la rehidratación para evitar las muertes por la enfermedad diarréica. La rehidratación constituye la terapia por la cual se corrige la pérdida de líquidos y sales del organismo, mediante la administración de líquido por vía oral para prevenir o corregir la deshidratación, para ello la OMS recomendó la administración de las Sales de Rehidratación Oral (SRO) con una fórmula también recomendada (cloruro de sodio 3,5 gr, bicarbonato de sodio 2,5 gr, cloruro de potasio 1,5 gr, glucosa 20 gr). Esta fórmula mantenida en sobres aislados de la humedad debe disolverse en un litro de agua hervida y enfriada. La Sociedad Boliviana de Pediatría, en su XIII Jornada realizada en la ciudad de Trinidad del 2 al 5 de agosto de 1984 se pronunció favorablemente sobre la terapia de rehidratación oral y el contenido de la composición científicamente probada de los sobres de OMS donados por UNICEF. Anteriormente, en octubre de 1978 se había llevado a cabo también en la ciudad de Trinidad, del Beni, el primer curso nacional sobre la enfermedad, dinámica y el uso de las sales de rehidratación oral, “aunque en principio fue penoso conversar a los pediatras sobre el costo/beneficio de la rehidratación oral, frente a la rehidratación parenteral, la SRO fueron gradualmente institucionalizadas en el centro de salud”²⁰⁴.

²⁰⁴ José Luis Zeballos. Cooperación de la OPS/OMS a Bolivia en el área de la epidemiología 1977–1981. Revista Boliviana de Salud Pública N° 51, año 1993.

Sobre la base de estos antecedentes el Ministerio con un grupo de profesionales del departamento de Salud Materno Infantil y de la Sociedad de Pediatría, de acuerdo a sus políticas formuladas, procedió a estudiar y proponer un instrumento normativo para el control y el tratamiento de la Diarrea Aguda conformándose el Programa Nacional de Lucha contra la Diarrea, bajo la Dirección de la Dra. Marta Mejía²⁰⁵. El Programa Nacional se inició con la elaboración de los Manuales de Normas y procedimientos para profesionales y para personal comunitario, difusión del conocimiento, preparación y capacitación del personal en todo el país. La estructura programática en sus inicios contemplaba dos etapas: 1º etapa, implementación de unidades de rehidratación oral (UROS) institucional en todos los servicios de las Unidades Sanitarias a cargo de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería de acuerdo a los niveles de atención; 2º etapa de implementación de unidades de rehidratación oral populares (UROSP) administradas por los Comités Populares de Salud, tanto en los barrios marginales de las grandes ciudades como en toda la extensión del área rural, a cargo de responsables populares de salud y personal voluntario, bajo la supervisión de las organizaciones populares de salud. Hasta 1985, para la lucha contra la diarrea de los niños se había establecido 7984 unidades de rehidratación oral (UROS) de los cuales 1857 eran institucionales y 6127 UROS populares (76%) lo que reflejaba el alto grado de la participación de la comunidad.

Chagas. Ya en 1962 el Dr. Nemesio Torres Muñoz, Director de la Dirección de Enfermedades Transmisibles, y el Dr. Manuel Villa Crespo, consultor de OPS/OMS había señalado como miembros de la Comisión de Estudio que fue designada por el Consejo técnico del Ministerio de Salud Pública, de la necesidad de ejercer el control de la Enfermedad de Chagas en Bolivia. Como conclusión del estudio que presentaba la distribución de la enfermedad y su morbilidad recomendaba un estudio sobre: a) levantamiento de índice de triatomide, b) índice de infección; c) reconocimiento clínico de la enfermedad. Además del estudio, capacitar personal médico en la Argentina, crear un laboratorio regional y emprender inmediatamente una labor educativa. En 1978 se inició con apoyo técnico y subvención de la OPS/OMS la investigación nacional sobre la prevalencia de la enfermedad de Chagas, cuyos objetivos principales fueron: determinar la distribución geográfica del “triatoma infestans”; determinar por muestreo la prevalencia de la cero positividad de la población en área endémica y determinar por exámenes clínicos en nuestros cero positivos la magnitud de la enfermedad chagásica. La investigación se concretó en el periodo de 1980 a 1985 en la Dirección de Epidemiología.

²⁰⁵ Dr. Jorge Auza, Subsecretario de Salud. Dra. Marta Mejía, Directora Nacional del Programa Nacional Diarrea y Rehidratación Oral en nuestro país. Revista Boliviana de Salud Pública N° 42, 1984.

El UNICEF inició su colaboración en el control de Chagas en las movilizaciones populares contra la vinchuca, mejoramiento, aseo de la vivienda y actividades de educación sanitaria.

Seguridad Social. En el periodo la Seguridad Social es de particular interés del Ministerio dándose una serie de dispositivos para su mejor funcionamiento, aprovechamiento mejor de los recursos y proyecciones de su ámbito de acción, como la creación de una comisión de alto nivel encargada del estudio y preparación de las reformas jurídico legales, normativas y estructurales del Sistema de Seguridad Social Boliviana encargando al Ministerio la presidencia de esa comisión (D.S. 19745–16 de agosto de 1985); la creación del Seguro Social Universitario Gabriel René Moreno de Santa Cruz como institución delegada de la CNSS; el restablecimiento del Directorio de las Cajas de Seguridad Social Obligatorio y Fondos Complementarios incorporando como uno de sus directores estatales a un representante del Ministerio; la creación de una comisión encargada de la elaboración de un estudio para lograr el financiamiento y la estructura de un sistema que otorgue los beneficios de la Seguridad Social a los campesinos bajo la presidencia del Ministerio (D.S. 20700 1– febrero 1985); la obligatoriedad del seguro en la CNSS de los trabajadores de arte y la autorización a las instituciones del Seguro Social Básico y Delegado para prestar atención médica y asistencial a los hijos de los asegurados hasta que alcancen la edad de 25 años. El Dr. Javier Torres Goitia, en su participación al VIII Congreso Iberoamericano de Seguridad Social en Santo Domingo (octubre 1984) en su discurso en nombre del Gobierno de Bolivia, presentaba la siguiente perspectiva acerca de la seguridad social: “Propugnamos que más que el frío determinismo de los cálculos matemáticos actuariales se debe respetar el valor humano de la calidad de vida y el derecho universal a la salud. Considerando que lo importante es distribuir adecuadamente los beneficios que genera el trabajo y cubrir todos los riesgos de todas las personas de la sociedad, la meta debe ser una Seguridad Social integral y universal”²⁰⁶

Capacitación en Salud Pública. El curso de Maestría en Salud Pública para la formación de especialistas en la materia, en el medio en que se desempeñan y donde ocurren y deben solucionarse los problemas, se inició en el país con un primer curso a cargo del Ministerio, con la cooperación y el asesoramiento de la OPS/OMS. Este curso después de graduar a la primera generación fue transferido a la Universidad Mayor de San Andrés, donde continua.

²⁰⁶ Javier Torres Goitia. Seguridad Social, Integral y universal. Discurso del señor Ministro de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia en el VIII Congreso Iberoamericano de Seguridad Social en Santo Domingo, 1984. Revista Salud Pública Boliviana N° 42, 1984.

LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES, ONG'S.

En octubre de 1984 visitaron Bolivia el Dr. Halfdan Mahler, director general de la OMS, quien desde 1973 en que asumió el cargo había puesto todos sus esfuerzos a consagrar el objetivo de salud para Todos y la Atención Primaria de Salud como estrategia básica para alcanzar, y el Dr. Carlyle Guerra de Macedo de la OPS/OMS. En esa visita con el ministro y el Consejo Técnico se revisaron los proyectos prioritarios en ejecución con apoyo de la OPS/OMS, lo que permitió identificar los avances en el desarrollo de los planes de acción, analizar las modalidades de la cooperación, conocer los alcances de la cooperación de otras agencias y ONG's y precisar los proyectos de mayor prioridad e impacto para comprender recursos de otras fuentes. El Dr. Mahler en su visita inauguró el Congreso de Comités Populares de Salud, en La Paz y se inició con los representantes de otras agencias no gubernamentales. Allá en esa reunión el Dr. Mahler destacaba la importancia de establecer coordinación y cooperación con los organismos no gubernamentales en estos términos: “... yo creo que es importante decir una vez más que, claro, la salud no es todo, pero todas las otras cosas sin salud son nada. Entonces, es una meta importante luchar en favor de la salud del pueblo y yo creo que no podemos nosotros los tecnócratas luchar aislados de las ONG's que muy frecuentemente tienen facilidades para vincularse con la población entera de una manera más productiva que los tecnócratas y yo creo que una alianza entre los tecnócratas y las ONG's es de una trascendencia capital”. El Dr. Gustavo Mora, representante de la OPS/OMS en Bolivia, en su discurso al inaugurar el Programa de Parto Gratuito también había dejado dicho: otra fuente de apoyo importante futuro son las organizaciones no gubernamentales que en el caso de Bolivia, adquieren una importancia mayor por su número y características”.

La creación de las ONG's estaba ligada a la Declaración de Alma Ata que propugnaba la estrategia de la Atención primaria de Salud para lograr para todos, un estado de salud social y económicamente productivo. En su punto 9 recomendaba que todos los países, las organizaciones internacionales, órganos multilaterales y bilaterales y las organizaciones no gubernamentales, todo el personal de salud y toda la comunidad mundial debían apoyar en plano nacional e internacional al compromiso de poner la APS y dedicarle mayor apoyo técnico y financiero sobre todo en los países en desarrollo. Sin embargo, en el país ya en la década del sesenta y a principios de los setenta se crearon instituciones ligadas a la Iglesia Católica, con un contenido asistencial principalmente en comunidades campesinas desprotegidas y carentes del apoyo del estado; junto a esta modalidad, se fue identificando la otra que nacía ligada a compromisos políticos no necesariamente partidarios. Hasta el año 1981 se contaban, más o menos, con 62 ONG's, 41 nacionales y 21 extranjeras.

En el año 1963 se estableció en la ciudad de La Paz una oficina denominada Centro para el Desarrollo Social y Económico (DESEC) con el propósito de realizar en Bolivia las funciones de promoción, elaboración de proyectos e información, ampliando e institucionalizando –de esa manera- los trabajos hechos con anterioridad por el Centro para el Desarrollo Económico y Social para América Latina (DESAL) con sede en Santiago de Chile. Constituía, por su estructura interna, una asociación privada autónoma, que tenía por finalidad la integración del sector popular al desarrollo socio económico en Bolivia, por Resolución Suprema del 7 de marzo de 1966 gozaba de personería jurídica, al iniciarse estaba constituido por un Directorio y una secretaria, en 1967 llegó a contar con 35 personas, 18 profesionales sociólogos, comunistas, agrónomos, demógrafos, abogados, educador y médico. Esta organización, creada y dirigida por Juan Demeuve, estaba subsidiada por la Fundación Alemana Misereor y debe considerarse como la primera ONG que se ocupó dentro de sus proyectos de promoción social rural, de acción rural agrícola de desarrollo organizado (ARADO), educación rural, vivienda e investigación de la promoción de la salud, creando el Servicio Popular de Salud (SEPSA). El director de DESEC, decía al respecto en su informe: *“el Servicio Popular de Salud (SEPSA) la más reciente de las centrales de servicio, constituye una experiencia novedosa con resultados alentadores, SEPSA presta sus servicios a Comités de Salud, nacidos en general dentro de los Centros de ARAADO a base de un contrato de servicios que incluye por parte de SEPSA visitas al lugar para el desarrollo de un plan de promoción y atención de la salud y por parte del Comité de Salud, la construcción de un Puesto Sanitario y el pago de los servicios”*.^{206a} Con médicos permanentes en Cochabamba, Norte Potosí, Carangas Norte de Santa Cruz y Sur Yungas, bajo la dirección de un médico salubrista jefe del proyecto, el Dr. Jorge Auza, SEPSA, desarrolló uno de los primeros intentos de Atención Primaria de Salud, como componente del desarrollo de las comunidades, sobre la base de la participación popular organizada. Posteriormente, en el periodo anterior al del MNR se dictaron Decretos Supremos; el del 1 de agosto de 1985 que homologó el Convenio suscrito entre el Ministerio con la Organización Plan de Padrinos que reglamenta y complementa el acuerdo sobre la cooperación en salud en el área urbana marginal de la ciudad de La Paz y en la localidad Tambillo de la provincia Los Andes del mismo departamento y el segundo Decreto de la misma fecha, que homologa el Convenio suscrito por el Ministerio con la Organización Cristiana *“Misión Alianza de Noruega (1983) sobre Asistencia y promoción de la salud, en las poblaciones de San Juan de Satatora provincia Los Andes, Santiago de Machaca en la provincia Pacajes y Viacha de la provincia Ingavi y el Alto de La Paz, todos dentro del departamento de La Paz”*.

A partir de la declaración de Alma Ata, es cuando se hace más visible la presencia de las ONG's, en salud, en los diferentes momentos de su participación comunitaria,

^{206a} DESEC. Memoria 67, La Paz Bolivia, 1968.

tanto en el concepto como en la práctica de la prestación de servicios de salud. En el primer momento se trabaja en el desarrollo local de la comunidad, con prestaciones dirigidas a actividades puntuales para el cuidado de la salud (campañas de vacunación, agua saneamiento, materno infantil) después se pasa a la motivación y promoción de la comunidad con campañas sobre todo educativas y formación de personal de la propia comunidad, responsables populares de salud y capacitación de parteras empíricas, posteriormente llega el momento de fortalecimiento de acciones integrales en función del desarrollo de las áreas de salud (SILOS) para la extensión de la cobertura, lo que requiere la intervención interinstitucional y multisectorial. En esta fase se produce una mayor aproximación de las ONG's a la OPS/OMS para el mejor manejo técnico de sus proyectos.

PLAN GLOBAL DE SALUD 1985–1989. PLAN DE ACCIONES INMEDIATAS, 1986. PLAN TRIENAL DE SALUD, 1987–1989.

El Plan Global y los complementarios son formulados al asumir el Gobierno por cuarta vez el Dr. Víctor Paz Estenssoro con un fuerte componente ideológico del MNR dentro de las vertientes de sus principios políticos: “ es nacionalista porque postula la defensa y la promoción del bien boliviano y el potenciamiento de la nación; es revolucionario porque la practica de salud, es parte de la política liberadora de la nación y del hombre boliviano, es policlasista porque se asienta en la alianza de clases para favorecer de manera no excluyente a las mayorías nacionales; es movilizador y participativo porque recupera la tradición y accionar de las mayorías nacionales para las políticas de salud y **es equitativo**, porque partiendo de los principios nacionalistas y policlasistas desarrolla acciones de salud prioritarias en los anillos de pobreza urbano–marginal y en el área rural. Dentro de los operativos contempla además principios de integridad y de equilibrio.

El Dr. Manuel Nacif²⁰⁷ analizando el punto de partida y perspectivas del Plan decía: “En reunión de enero de 1986 convocada por las Comisiones de Salud del Congreso Nacional se consolidaron los esfuerzos realizados en su ejecución, por ello creemos que lo “Pretensioso” del Plan se ha conseguido, pues alrededor del mismo se ha producido un grado de consenso que lo convierte en un Plan Nacional y no ya de un grupo o sector” se refería indudablemente a la necesidad de convertir en caso de la atención de la salud la política de gobierno en Política de Estado.

Como objetivo político dentro del Plan de Gobierno, de alta prioridad está la defensa de la salud integral del hombre boliviano, sin distinción de ninguna naturaleza y la lucha contra las enfermedades y los factores que la determinan; donde los princi-

²⁰⁷ Dr. Manuel Nacif Issa. Plan Global de Salud como Política Nacional de Salud. Revista Salud Pública Boliviana, Nº 44, mayo 1986.

pios de interacción sectoriales y de las movilizaciones sociales y populares se constituyen en la fuerza de acción de las actividades de salud.

La imagen objetivo del Plan se diseña bajo los siguientes términos: “*Que todo habitante—estante de Bolivia reciba servicios de salud socialmente aceptables y compatibles con el desarrollo económico y social; con la utilización de la estrategia de la Atención Primaria de Salud, regionalización de Servicios, Acción intersectorial y de movilización y Participación Social (organizaciones populares, cívicas, científicas, gremiales y defensa nacional)*”.

En la concepción nacionalista revolucionaria, policlasista, integral e integradora tienen prioridades: mejorar los niveles de alimentación y nutrición, disminuir las altas tasas de morbi mortalidad, ampliar la cobertura de salud y de la seguridad social; reedificar la estructura de la organización del sector, recuperar y profundizar la atención secundaria y terciaria en el contexto de la regionalización de servicios y sentar las bases concretas del Servicio Nacional de Salud.

Las cuatro estrategias que establece el Plan Global son: 1) Atención primaria, 2) Movilización y Participación Social, 3) Regionalización de servicios y 4) Intersectorialidad.

Las líneas de fuerza son las siguientes: 1) Atención a personas (alimentación, prevención, educación, asistencia); 2) Infraestructura; 3) Abastecimiento; 4) Atención al medio ambiente; 5) Investigación socio médica; 6) Recursos Humanos y 7) Sistemas de servicios.

Las áreas programáticas para la prestación de los servicios según las líneas de fuerza son tres: 1) Programa de atención de salud del área rural (PASAR); 2) Programas de servicios de salud contemplando la referencia de casos según complejidad y la atención estructural hospitalaria (PROESA) y 3) Los programas de salud urbano marginales (PASUM).

En relación a la legislación el plan señala la reformulación del Código de Seguridad Social, buscando la cobertura universal, la pluralidad coordinada y la Unidad de Gestión y la incorporación al campo de la aplicación de contingencias cubiertas al régimen del seguro del empleo. En el seguro de salud se otorgará prestaciones en relación a la unidad de riesgo con áreas integrales, contemplando la atención primaria de salud y se especifican acciones para el seguro de vejez, invalidez y muerte, seguro de riesgos profesionales y asignaciones familiares (principios del seguro básico de salud actualmente vigente).

Plan de acciones inmediatas 1986. Después del primer año de gobierno del MNR y como consecuencia del análisis de la estructura social y económica fuertemente deprimida por la crisis que arrastraba el país en un periodo dramático de hiperinflación, se planteaba acciones de salud para contribuir a lograr la disminución del choque social producido por la crisis económica. La dramática situación de salud por la que atravesaba el país obligaban a ejecutar acciones de efectos inmediatos al menor costo posible, planteando como objetivo a corto plazo, conjugar las fuerzas institucionales y populares, reforzando la capacidad de respuesta del Ministerio con la actividad de producción de la comunidad organizada. El Plan presentaba las siguientes características:

Propósito: que el plan se constituya en una respuesta del gobierno de la Revolución Nacional, a la dramática situación de salud resultante de las condiciones sociales generadas por la crisis económica.

Objetivo: Impulsar el desarrollo institucional, la consolidación de los Comités Populares de Salud, la mayor participación en los organismos no gubernamentales y el mejor aprovechamiento de la solidaridad internacional.

Estrategias operacionales: Se refuerzan las del plan global: 1) Atención Primaria de la Salud (7 años después de Alma Ata no se encontraba una operacionalización uniforme). 2) Regionalización en relación a las dos premisas de descentralización operativa y centralización normativa. 3) La movilización y participación popular y 4) El desarrollo de los niveles secundario y terciario.

La apertura programática está basada en tres áreas de acción: 1) El desarrollo institucional, 2) El desarrollo de los programas en defensa de la salud y 3) El desarrollo de programas para el control de enfermedades y considera que con el desarrollo armónico de dichos programas que se especifica para cada área se va a lograr como resultado la extensión de la cobertura de servicios de salud y la reducción de la prevalencia e incidencia de las enfermedades de la población.

Para llevar a cabo el Plan de acciones inmediatas se establecen como estrategias también la intersectorialidad para lograr la participación activa e interesada de los actores y se considera que los organismos internacionales se constituyen en un eje importante justo al institucional y popular, tanto por su cooperación técnica como por su apoyo financiero, tanto como a las ONG's que representando una fuerza importante de experiencias y recursos deben ser adecuadamente coordinados y orientados en relación a los políticos y estrategias nacionales.

El Plan trienal de Salud 1987–1989. Como parte del Plan Global para el periodo establecido, este Plan se constituye en instrumento normativo que permitirá la programación para 1987 a 1989 una vez cumplidas las acciones inmediatas que permitieron “llevar los servicios de salud a la población no atendida del medio rural y urbano periférico, logrando retomar la confianza de la población en el Ministerio, como institución en las acciones de salud como medio de realización integral de los habitantes. Dentro del marco de la política nacional que busca liquidar la hiperinflación y sentar las bases de la reactivación económica que de paso a una reactivación social, las políticas de salud, orientadas en la Declaración de Alma Ata, de la que Bolivia es signataria refrendan las establecidas en el Plan Global considerando prioritaria la atención a la madre y al niño, a los trabajadores y el saneamiento del medio bajo un marco de responsabilidad compartida entre la parte institucional y comunitaria. Las políticas y estrategias que usan el Ministerio de 1) fortalecer la estructura institucional; 2) fortalecer la participación popular; 3) la extensión de cobertura especialmente en las áreas rurales con servicios integrales, oportunos y permanentes y 4) la distribución equitativa de los recursos financieros estaban orientadas al desarrollo del Sistema de Salud que permitirá una real extensión de cobertura.

La representación de la OPS/OMS, a cargo del Dr. Gustavo A. Mora, conjuntamente con las autoridades nacionales, para una mejor utilización de los recursos disponibles definió las siguientes prioridades en apoyo del Plan Global de Salud aprobado por el Gobierno²⁰⁸: *“la primera es continuar e intensificar el apoyo a la participación y movilización social sobre la base de las experiencias concretas ya adquiridas y conscientes del enorme potencial existente en la tradición de organización del pueblo boliviano. Otra área prioritaria de apoyo es la intersectorialidad en la cual ya han habido avances importantes en el plano de la decisión política y el establecimiento de mecanismos operativos para su instrumentación; cabe destacar el acuerdo firmado en diciembre último por los Ministros de Salud, Educación, Urbanismo y Vivienda, Agricultura y Defensa para apoyar el Plan Global de Salud, mediante acciones intersectoriales; otro camino importante en el cual concretaremos nuestros esfuerzos es el de ayudar a que las decisiones del Plan lleguen a los niveles locales del país; en este sentido las experiencias adquiridas en Chuquisaca y lo que hoy se plantea para el departamento de La Paz pueden ser de gran utilidad”*. El Dr. Mora señalaba también en cuanto a la movilización de recursos dos áreas; una consistía en la cooperación para un mejor conocimiento de los diferentes tipos de recursos y de su utilización por el país con el propósito de mejorar su eficiencia y la otra área era la relativa a las Organizaciones No Gubernamentales, las cuales están te-

²⁰⁸ Gustavo A. Mora. El Papel de la Cooperación Internacional en el campo de la Salud en Bolivia. Revista de la Sociedad Boliviana de Salud Pública N° 44, año 1986.

niendo ya una mayor participación en todo el proceso del Plan Global de Salud y representan un enorme potencial no solo de recursos sino de experiencias, tal cual se destacó en las discusiones técnicas realizadas durante la Asamblea Mundial de la Salud en 1985”.

Las principales realizaciones en relación al Plan Global de Salud y el apoyo de la OPS/OMS han sido agrupados dentro de la apertura programática de Desarrollo de los Sistemas de Servicios de Salud y Desarrollo de Programas de Salud.

DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD

En el periodo en el programa de fortalecimiento de servicios de salud y la extensión de la cobertura sobresalen dos aspectos principales: a) la reorganización administrativa y b) la regionalización que destaca el establecimiento de las bases para la atención por niveles. Con la participación de los grupos multidisciplinarios que configuraban los PIAAS el Ministerio procedió a la formulación de un Programa Integral de desarrollo de las áreas de salud y la puesta en marcha de la movilización popular.

En el **Desarrollo de los Sistemas de Salud**, participaron como asesores el Dr. Rogelio Bermejo del Perú, en servicios de salud, el Dr. Ezequiel Paz de la Argentina en Planificación, el Lic. Eduardo Carrillo de la Argentina en Sistemas administrativos conjuntamente con el Lic. Enrique Bara. La extensión de la cobertura el año 1985 continuo con el ritmo previsto existiendo en operación 250 áreas de salud en comparación con las 150 de principios del año. Asimismo se formularon planes para implantar otras 200 áreas. En 1987 se incrementaron 91 áreas, a las 349 existentes en 1986 contándose en 1988 con 440 áreas de salud que constituían las unidades básicas del sistemas. Además se mejoró la capacidad operativa de los niveles secundario y terciario de atención dentro de la regionalización sanitaria.

Participación de la Comunidad. La Participación de toda la comunidad nacional en las actividades de salud ha sido una prioridad estratégica del Plan Global. Con dicha participación en el año 1985 se realizaron varias actividades en relación con los programas de vacunaciones, enfermedad de Chagas y Malaria, aplicación de aceite yodado y rehidratación oral. La OPS/OMS ha continuado el apoyo al Consejo Nacional Popular de Salud, proporcionando adiestramiento a miembros de los Comités Populares departamentales y locales y mediante la realización de Congresos Departamentales (11 Congresos).

Recursos Humanos en Salud. En el proceso de desarrollo del sistema nacional de recursos humanos para la salud se habían alcanzado logros importantes a través de la Comisión Nacional de Coordinación docente asistencial; en las Escuelas de Salud

de La Paz y Cochabamba, en la Universidad de Chuquisaca y en el departamento de Recursos Humanos del Ministerio que ha ido asumiendo progresivamente su papel de Rector del Sistema. Con la asesoría del Dr. Carlos Linger y del Centro de Tecnología Educativa del Brasil (CLATES), se realizaron varios Seminarios y Talleres sobre tecnología educativa, coordinación docente asistencial, revisión de perfiles y otros temas.

Al transferirse las autoridades del Ministerio, por el cambio de Gobierno la responsabilidad por el curso de Maestría en Salud Pública que se llevaba a cabo por el Ministerio con el apoyo de la OPS/OMS ha pasado a la jurisdicción de la Universidad de La Paz, a la que se la continúa asesorando.

Saneamiento Ambiental. En el campo de Saneamiento Ambiental, se llevaron a cabo con arreglo al Plan Nacional de Abastecimiento de Agua y Saneamiento (deceño Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y Saneamiento), las acciones siguientes con la cooperación sucesiva de los Ingenieros Sanitarios, Arturo Velásquez y Luis Sánchez del Perú: actividades de coordinación del sector, desarrollo y consolidación institucional, ajuste y formulación de proyectos para los sistemas de abastecimiento de agua de Tarija y Oruro, planes de saneamiento básico rural, y fortalecimiento de las empresas de agua en Santa Cruz y La Paz. Atención permanente de asesoría en sistemas de saneamiento básico a nivel de las Unidades Sanitarias y Corpaguas en los Departamentos de Cochabamba y Tarija a cargo de los ingenieros Sanitarios Rodrigo Barbosa y Juan B. Rodríguez, respectivamente.

DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD

En relación a la protección de la salud y lucha contra las enfermedades, las actividades más destacadas fueron: capacitación de personal para fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica, promoción del Programa Ampliado de Inmunizaciones, campañas masivas de vacunación e investigación de infecciones hospitalarias. Se evaluó el PAI entre octubre y noviembre de 1985, destacándose entre los principales logros la ausencia de casos de poliomielitis desde enero de 1984, mayor conciencia de la población sobre la importancia de las inmunizaciones y la implantación de la vigilancia epidemiológica para poliomielitis, tétanos neonatal y sarampión.

Malaria. La incidencia malárica en el país ha continuado en aumento. Las actividades antimaláricas se han orientado a las regiones de mayor positividad, habiéndose realizado movilizaciones sociales en Tarija y Chuquisaca, así como en Santa Cruz. Dichas movilizaciones comprendieron acciones contra el Vector Parásito y concientización de la población sobre el problema. En ellas participaron las instituciones del sector salud, otros sectores y principalmente la comunidad. En este perio-

do además se realizó una Evaluación del Programa de Malaria y en Guayaramerín continuaron las investigaciones de la resistencia de los insecticidas por el Dr. Torres Goitia ex funcionario de la OPS/OMS, experto en la malaria.

En el control de las Enfermedades Transmisibles; Malaria, Chagas, Peste e Inmunizaciones ha venido presentando asesoría el Oficial Médico Epidemiológico, Dr. Temistocles Sánchez del Perú.

Las actividades de control de TBC fueron limitadas por falta de recursos, habiéndose continuado con la encuesta sobre resistencia primaria y adquirida por el Mycobacterium Tuberculosis con resultados de pruebas de sensibilidad que muestran resistencia a más de una droga.

Programa Nacional de control de Bocio Endémico (PRONALCOBO). El Programa que venía desarrollándose con la aplicación de aceite yodado en comunidades determinadas de alto riesgo y el consumo de sal yodada, desarrolló una estrategia para incrementar la producción y ampliar la cobertura del consumo de sal yodada para contrarrestar el bocio endémico, a través de las movilizaciones sociales, entrando con una efectiva participación de la comunidad.

En el Programa de Materno Infantil se lograron significativos avances, se continuo con el proceso de implantar el Programa de Infecciones Respiratorias agudas en nueve de las 11 unidades sanitarias del país.

En la alimentación suplementaria de la madre y el niño, establecida en el Programa, se alcanzó a organizar 2,049 centros de madres y centros infantiles que proporcionaron leche integral a 143,300 niños de 1 a 6 años de los barrios marginales. Se pusieron también en funcionamiento 25 Centros Infantiles Populares destinados a brindar atención alimentaria y cuidados integrales pre-escolares en situación de riesgo nutricional.

La Lucha contra el Hábito de Fumar se inicia en el país por el esfuerzo conjunto de la Unidad Internacional Contra el Cáncer (UICC), al Fundación Boliviana Contra el Cáncer (FBCC), el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y el de Educación y Cultura, asesorados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). La reunión denominada “Jornada Nacional Cigarrillo y Cáncer” se realizó en la ciudad de La Paz en septiembre de 1983, contando con la participación de 150 delegados de varias instituciones de La Paz y del interior del país.

Como resultados de las recomendaciones se conformó la Comisión Nacional de Lucha Antitabáquica, para que junto con la Comisión Departamental empiece el-

borando un Plan de Control del Tabaquismo en todo el país. El Plan que actualmente continua en ejecución contemplo las siguientes áreas: Proporcionar y apoyar toda la legislación tendiente al control del uso del tabaco. Exigir las restricciones sobre el fumar en ámbitos públicos cerrados, como salas de espectáculos, transportes, hospitales, escuelas, salas de conferencias, etc. Reducir la publicación indiscriminada del cigarrillo en la prensa oral y escrita, así como en la televisión. Informar a la comunidad sobre los efectos nocivos del hábito de fumar. Introducir en los programas escolares contenidos sobre la acción nociva de dicho hábito. Conocer la incidencia del hábito de fumar en la población boliviana, así como la calidad de los cigarrillos que se consume en el país. La Comisión Nacional de Lucha Antitabáquica quedó conformada de la siguiente forma: Presidente Dr. Jaime Ríos Dalenz, Vicepresidente Dra. Nelly Lord; Secretario General Dra. Consuelo de Osorovich, Vocales, Dr. Jesus Cortez, Dr. Harold Hoffman, Dr. Jaime Navia, Profesora Nelly de Rodríguez y Dr. Humberto Saavedra (Revista Salud Pública Boliviana, N° 43, julio 1985).

Con anterioridad a la conformación de esta Comisión y sus funciones en el país se habían promulgado algunos dispositivos, como el Decreto N° 0448 del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, de 1980, determinando que los productores de cigarrillos en las cajetillas y en las propagandas en sitio visible la siguiente leyenda: *“Este producto contiene elementos dañinos para la Salud”*. Otra Resolución N° 883 de 1984, promulgada por el Ministerio de Economía y Cultura señalaba la *“prohibición terminante de fumar dentro de los establecimientos educativos tanto públicos como privados en el territorio nacional”*.

Erradicación de la Poliomiélitis. Después de las grandes epidemias que se presentaron entre 1979 y 1980 de poliomiélitis principalmente en las ciudades más concentradas como Cochabamba, los casos portadores disminuyeron. El último aislamiento de polivirus en Bolivia se efectuó en 1986 en el Departamento de Cochabamba²⁰⁹. Hasta 1986 la Poliomiélitis era notificada en el país a través del Sistema regular estadístico y el registro de casos se sustentaban sobre todo en la evidencia clínica. En 1987 con miras a la erradicación de la enfermedad se estableció la vigilancia de la Parálisis Flácidas Agudas (P.F.A.) cuyo objetivo principal es investigar todos aquellos casos que a pesar de tener otro diagnóstico clínico podrían ocultar un verdadero caso de poliomiélitis. En los últimos años se habían efectuado en el país 23 campañas nacionales de vacunación e innumerables acciones de *“barrido”* ante la presencia de casos probables. De esa manera se habían aplicado 14 millones de dosis de vacunación antipolio.

²⁰⁹ Dr. Percy Halkyer B. Se erradicó la poliomiélitis en las Américas. Los indicadores nacionales. Revista Boliviana de Salud Pública N° 9, 54 año 1995.

RESIDENCIA MEDICA

En 1986 en la gestión ministerial de Carlos Pérez Guzmán se elaboraron los documentos normativos y reglamentarios del Sistema Nacional de Residencia Médica, como consecuencia de las reuniones nacionales del Comité de Residencia Médica, que se llevaron a cabo en La Paz (julio 1983), Cochabamba (octubre 84) y en Santa Cruz (noviembre 85). A partir de entonces la Residencia Médica ha estado orientada en su ejecución por disposiciones legales, el reglamento nacional y el Modelo Normativo para la participación de los Programas²¹⁰.

La “*Asociación de Médicos Residentes*” con el objeto de jerarquizar la Residencia Médica, a través de la actividad científica en 1988 organizó la Primera Jornada de Residencia Médica, que se llevó a cabo en el Auditorio del Instituto de Gastroenterología. El número de Residentes en los Hospitales de Clínicas, del Niño, Los Institutos del Tórax, de Oftalmología y de Gastroenterología era de 58 residentes y las jornadas tuvieron una concurrencia de más de 200 inscritos (cuadernos Hospital de Clínicas, Vol. 40, N° 1, 1994).

Es en la década de los años sesenta en que se inicia la Residencia Médica en Bolivia, para la formación de profesionales en determinadas especialidades, hasta entonces los jóvenes médicos que egresaban de nuestras facultades de medicina se consideraban “*especialistas*” por haber trabajado como ayudantes de una de las personalidades médicas que los había acogido e impartido sus enseñanza por una parte, por otra parte, ramas médico clínicos, como la anestesiología no había alcanzado a tener la categoría de especialidad y era ejercido por determinado número de profesionales que se habían dedicado a su ejercicio. Fue precisamente con la anestesiología que en nuestro medio fue superada a la categoría de especialidad por el Dr. Carlos Castaños Arellano, que había retornado de la Universidad del Valle de Cali, Colombia, con el título de postgrado de anestesiología, que también se inició la Residencia Médica. El Dr. Castaños primero impulsó el desarrollo de la especialidad, haciendo que varios profesionales salieran a capacitarse en el exterior y con estos profesionales formados, después en 1968 creó la primera Residencia Médica en el Hospital de Clínicas de La Paz, en las especialidad de Anestesiología. Sobre bases programáticas formales. El modelo del Dr. Castaños fue seguido por otras profesionales en otras especialidades; el Dr. Alfredo Romero Dávalos a su regreso del Brasil, donde se especializó en Cardiología, en el Instituto Nacional del Tórax organizó un programa de Residencia en Cardiología, Neumología y Cirugía Torácica y Cardiovascular, muy ambicioso dada la limitación de equipo especializado y personal profesional de entonces, de solo un año prorrogable a dos, en cada una de estas subespecialidades,

²¹⁰ Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Departamento de Recursos Humanos. Documentos Normativos del Sistema Nacional de Residencia Médica. La Paz. 1986.

que sin embargo fue instalado oficialmente por el Ministerio el año 1969. En la Clínica Americana de Obrajes a cargo de profesionales norteamericanos que actuaban como misioneros por la Iglesia Metodista, se hicieron intentos de formar residentes en Cirugía y Obstetricia a cargo de especialistas norteamericanos, así como se desarrolló un Programa de Formación de Enfermeras de la más alta calidad y se dio acceso al personal médico nacional en el primer programa después de hospital de puertas abiertas (Hospital Metodista en que se convirtió la Clínica Americana). Allí el Dr. Jaime Ríos Dalenz, formado en Cali, Colombia y en Hospitales de Estados Unidos²¹¹, fue Jefe de residentes de un Programa de Residencias en Cirugía, Medicina Interna, Ginecología, Obstetricia y Pediatría. En 1969, Luis López Ballesteros comenzó con una residencia en Obstetricia en la Maternidad Natalio Aramayo del Hospital de Miraflores, de la que fue Director y en 1972, la Caja Nacional de Seguridad Social que había desarrollado en sus hospitales y policlínicos la mayoría de las especialidades, las más de las veces a cargo de docentes de las facultades de Medicina, ingreso al Programa de Residencia Médicas en Medicina Interna, Cirugía General, Neurología, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Anestesiología. La Planificación y Dirección del Programa estuvieron a cargo del Dr. José Moraes Landívar, que hizo estudios de postgrado en la Universidad de Cali, Colombia. Posteriormente la Caja amplió su campo de acción con las Residencias de Radiología, Anatomía Patológica y al organizar sus servicios en función de mejorar coberturas, después organizó la Residencia de Medicina Familiar. A partir del mismo año, se inaugura la Residencia Médica de Pediatría en el Hospital del Niño, bajo la Dirección de Armando Negrón y la Jefatura de Enseñanza a cargo del Dr. Gover León.

PROGRAMA DE “PARTO GRATUITO”

“El 17 de abril de 1986 el ministro Dr. Carlos Pérez Guzmán inauguró el Programa de parto gratuito en un acto en el que estuvieron presentes el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, director de la OPS/OMS. El Programa de Atención Gratuita Perinatal (atención de parto gratuito había sido concebido dentro del plan de acciones inmediatas, para beneficiar a madres y niños bolivianos empobrecidos que constituyen los grupos más vulnerables con quienes había que empezar a saldar la enorme deuda social acumulada”. La atención prenatal, parto y post natal, así como el cuidado y control del recién nacido, hasta su primer año de vida, serían atendidos por todos los establecimientos de los servicios de salud del ministerio y de la seguridad social en forma subsidiada por el estado, en un proceso paulatino, teniendo preferencia en la atención de parto, tanto institucional como domiciliario por personal de salud.

²¹¹ Dr. Jaime Ríos Dalenz. Apuntes sobre Historia de la Residencia Médica en Bolivia. Crónica Aguda. Año I, N° 3, 1988.

El programa desde su fundación tuvo la cooperación y participación de UNICEF y OPS/OMS. En la reunión de inauguración se destacó que un reflejo de la prioridad del programa era el apoyo de las otras agencias de Naciones Unidas, como el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el Fondo de Naciones Unidas para actividades de población (PNUD)²¹².

Otras disposiciones complementarias fueron dictadas en la gestión del Dr. Pérez para el cuidado de la salud y la protección social de la madre y el niño, como la ley del 2 de marzo de 1987 que establece que toda mujer en periodo de gestación hasta un año de nacimiento del niño deberá gozar de la inamovilidad en su puesto de trabajo en instituciones públicas y privadas. El Decreto Supremo del 11 de abril de 1989 daba lugar a la creación del Instituto Nacional de Desarrollo Infantil.

FINANCIAMIENTO EXTERNO EN SALUD

En la ejecución del proyecto Tripartito OPS/OMS, UNICEF, Gobierno de Bolivia para la Extensión y Desarrollo de Servicios de Salud, emergente del 1° Plan Nacional de Salud (1966-1975) se había abierto para el país, las perspectivas de contar con el apoyo internacional, constituyendo un campo de buenas inversiones para las agencias internacionales. En el periodo ministerial del Dr. Joaquín Arce Lema se produjo el acercamiento del Banco Mundial y del Banco Interamericano de desarrollo para su inversión en salud en el país: *“Un esfuerzo que amerita una especial inflexión – declara el Dr. Joaquín Arce Lema – es el referido a que por primera vez conseguimos que nuestro ministerio fuera objeto de crédito a través del Proyecto de Fortalecimiento y Descentralización de los Servicios de Salud con la participación financiera del BID y técnica de la OPS/OMS, que junto al Banco Mundial y USAID comenzaron el financiamiento externo del sector salud, con préstamos a largo plazo y en la práctica, sin intereses, créditos que se han venido ampliando hasta ahora y para el futuro constituyen un respaldo al fortalecimiento institucional y oferta de servicios con especial énfasis en el desarrollo de los Distritos de Salud”*.

PLAN NACIONAL DE SUPERVIVENCIA DESARROLLO INFANTIL Y SALUD MATERNA 1989-1993

En el gobierno de Jaime Paz Zamora (1989–1993) la propuesta de modernización y democratización del Estado Boliviano, que en lo que respecta a salud se traduce en la descentralización de los sistemas de salud y la conformación de distritos (SILOS), se diseñan las bases de la propuesta de transformaciones que lleve al sector

²¹² Sociedad Boliviana de Salud Pública. “Una conquista, más en Atención de la Salud Parto Gratuito”. Revista Boliviana de Salud Pública N° 44 año 1986.

salud, a ser parte fundamental en la construcción de un nuevo estado nacional, multiregional y democrático.

En salud el MPSSP establece su meta de “llegar a respaldar el Plan Nacional de Supervivencia Desarrollo Infantil y Salud Materna, configurando un sistema nacional de salud integrado y descentralizado que abarque todo el territorio nacional y proteja el conjunto de la población boliviana”.

En el documento “*bases para el Proyecto Nacional de Salud 1989–1993*” se señalan tres líneas de fuerzas fundamentales para la aplicación de las políticas formuladas:

- El Plan Nacional de Supervivencia, Desarrollo Infantil y Salud Materna.
- La descentralización de los servicios de salud.
- La gestión social.

El Plan Nacional (primera línea de fuerza del proyecto) se lanza en el marco del Decreto Supremo N° 22354 a los 90 días del Gobierno el 6 de noviembre de 1989 durante la gestión del Dr. Mario Paz Zamora. El propósito del Plan es el de “*contribuir a mejorar la salud integral de la mujer y el niño, con el fin de elevar la calidad de vida del pueblo boliviano y de esta manera lograr el desarrollo de todas sus potencialidades, para contribuir al logro de la meta mundial: Salud Para Todos en el año 2000*”.

Los objetivos se diferencian en objetivos de impacto y objetivos de proceso. Por los objetivos de impacto se pretende reducir la mortalidad materna (480X100,000 nacidos vivos) en un 50%, la tasa de mortalidad perinatal (110X100,000 nacidos vivos) en un 30%, la mortalidad infantil (169X1000 nacidos vivos) en un 50% y la tasa de mortalidad en menores de 5 años (23X1000 nacidos vivos) en un 30% para el año 1993.

En los objetivos de proceso, se señala la implementación del plan, la normalización, la intra e intersectorialidad, el incremento de la cobertura de la atención a la madre y al niño, la universalidad de la educación sexual y salud reproductora, el desarrollo de los sistemas de salud (SILOS) desarrollo del sistema único de información y de un sistema de evaluación, monitoreo y supervisión.

La segunda línea de fuerza tiene que ver con la Descentralización de los Servicios de Salud, haciendo de la regionalización un instrumento eficiente y el soporte para la construcción de “*unidades funcionales al interior de los municipios y del sector productivo para generar capital social y lograr el potenciamiento regional y nacional*”.

Estas dos líneas de fuerza tienen relación con el Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) considerados como una táctica operacional de la estrategia de la Atención Primaria de Salud, destinada a acelerar el proceso de transformación del sistema nacional de salud, buscando un modelo de gestión descentralizador y regionalizado.

La tercera línea de fuerza, de Gestión Social que busca lograr, consiste en la participación de la comunidad “*de abajo hacia arriba*” desde el área de salud, hacia el Distrito a partir de la puesta en marcha de consejos locales y distritales de salud, buscando en su acción gestora la identificación de problemas, el control de las acciones, la supervisión financiera, la concentración en la planificación, el establecimiento de acciones solidarias en la comunidad y su participación activa en las actividades de salud. La gestión social se espera que sea la base fundamental de la “*revolución del comportamiento*” que ha programado el gobierno en todas las esferas profesionales necesaria para consolidar la unidad nacional y el desarrollo.

Los fundamentos de la Política Nacional²¹³, que complementan las líneas de fuerza y estructura, técnica y administrativa con determinación de funciones del Plan, están concebidas en la decisión política expresada en el documento como objeto con el título de: “*hacia un sistema de salud, integrado y descentralizado*”. Su objetivo general es de “*implementar un Sistema Nacional de Salud Integrado y Descentralizado que comprometa al sector público la seguridad social, las organizaciones no gubernamentales, la atención privada de la salud y la medicina tradicional dentro del marco de la modernización y democratización del Estado, a partir de estrategias concretas de prestación de servicios*”.

Los objetivos específicos de política, que están considerados dentro de las líneas de fuerza da la prioridad a niños y mujeres, en edad fértil, la descentralización y la gestión social hacen referencia especial al desarrollo de un modelo sanitario coherente con la realidad nacional que incorpore los aspectos técnico administrativos del proceso de gestión, planificación de recursos humanos financieros, apoyo a la integración docente asistencial; desarrollo de mecanismos nacionales de información; programación de medicamentos esenciales y de infraestructuras y suministros, la integración del hospital dentro de la red de servicios, fortalecimiento y extensión de coberturas de la seguridad social.

La apertura programática, compatible con los planes de acción nacional y departamentales corresponden a 6 áreas de actividades: 1. Programa de atención integral al

²¹³ MPS y SP. Fundamentos de la Política Nacional de Salud. La Salud, Obra de Todos. La Paz 1991.

niño menor de 5 años; 2. Programa de atención al escolar y adolescente, 3. Programa de atención integral a la mujer en edad fértil, 4) Programa de atención al medio ambiente y 5. Programa de vigilancia y control epidemiológico y 6. Programa de Fortalecimiento Institucional.

Para llevar adelante la realización de las políticas en acciones del desarrollo de los planes y programas se propone la organización del MPS y SP en unidades organizacionales jerarquizadas que cumplan las tres siguientes funciones básicas: a) producir resultados y alcanzar objetivos organizacionales, b) minimizar la influencia de las diferentes individualidades sobre la organización y c) ser el medio para el ejercicio del poder y la toma de decisiones.

“La estructura del MPSSP se resume en cinco partes: una cabeza o cima estratégica con responsabilidad global de la organización”. “La línea media, constituida por el Director General de Salud, los directores de unidades sanitarias y los directores distritales que unen la cima estratégica con el núcleo operativo a través de la cadena formal de mando. La tecno-escritura constituida por las Direcciones Nacionales y la Dirección Nacional Administrativa”. “El apoyo constituido por el personal del departamento jurídico, relaciones públicas y otros”.

Los efectores operativos constituidos por los Centros de Salud y sus periféricos, conocidos anteriormente como puestos sanitarios, puestos médicos y otras determinaciones que identifican el primer nivel, están también los Hospitales del II y III nivel. Es el lugar donde se realiza el trabajo sustantivo, básico, relacionado directamente con la producción de servicios.

La Organización Panamericana de la Salud, en la XXII Conferencia Panamericana en 1986²¹⁴ había señalado que para la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud, los gobiernos signatarios habían acordado encausar sus iniciativas hacia tres áreas generales a las que la OPS/OMS debía prestar especialmente su cooperación y apoyo técnico.

Estas tres áreas: desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud con hincapié en la Atención Primaria de Salud; Atención a los Problemas de salud de grupos vulnerables y administración del conocimiento, estaban consideradas en el Plan y las Políticas de Salud del Gobierno de la Unidad Nacional correspondiendo su desarrollo a la gestión ministerial del Dr. Mario Paz Zamora (1989–1992) y del Dr. Carlos Dabdoub Arrien (1992-1993) y a la cooperación por parte de la OPS/OMS de la

²¹⁴ OPS/OMS. Orientaciones y prioridades Programáticas para la OPS/OMS en el cuatrenio 1987-1990, Washington 1986.

representación del Dr. Juan Manuel Sotelo (1980-1990), Dr. Germán Perdomo (1990-1992) y la Dra. Mirta Roses Periago (1992-1995).

ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO DE LOS DISTRITOS DE SALUD

Para lograr materializar la política de salud enunciada cuya meta consistía en la construcción de un sistema de salud integrado y centralizado de cobertura universal, una comisión conjunta del MPS, SP y la OPS/OMS con el apoyo del nivel regional del Dr. Roberto Capote, de servicios de salud elaboraron el *proyecto “Bases de organización y desarrollo de los Distritos de Salud”, “como muestra práctica del desarrollo de los Sistemas Locales de Salud o Distritos de Salud hacia el fortalecimiento de la gestión en nuestro Sistema Nacional de Salud”*.²¹⁵ El proyecto se propuso desarrollar 42 Distritos de salud (SILOS) en las 12 unidades sanitarias del país.

Los Distritos de Salud, dentro de la conceptualización de las bases que se habían planteado, se concebían como un conjunto de recursos interrelacionados sectorial y extra sectorialmente, responsables del desarrollo de la salud de una población definida en un área geográfica determinada, con suficiente capacidad de resolución y sujeta a una gestión técnica administrativa eficiente. En la situación en que se encontraba el proceso de desarrollo del sistema de servicios de salud, que tenía como unidad operativa las áreas de salud; para pasar a la segunda fase que se proponía de configurar los Distritos de Salud, con la conjugación de determinadas áreas de salud, las bases del proyecto señalaban la ejecución inmediata de las siguientes acciones: organizar grupos de conducción con capacidad de gestión técnico administrativa; reforzar la infraestructura y equipamiento de la red de servicios ampliando su capacidad resolutoria; dotar del personal adecuadamente adiestrado que cubra las necesidades de prestaciones de atención médica y de salud pública; organizar equipos de evaluación, monitoreo y supervisión a nivel de unidades sanitarias y del nivel central; desarrollar el Sistema nacional de Información en Salud y el proceso de planificación local y reforzar la capacidad de articular los servicios con la participación activa de la comunidad, dentro del proceso de la línea de acción de la Gestión Social.

En relación a los criterios político administrativos, demográficos y socioeconómico se había determinado el ámbito población de los Distritos: para organizar los distritos en las ciudades capitales de poblaciones grandes, se tendría como cifra de referencia una población mayor de 200,000 habitantes. En las ciudades capitales de departamentos menores (de menos de 200,000 habitantes) los distritos tendrían máximo 200,000 habitantes, mínimo 50,000 habitantes; los distritos rurales como

²¹⁵ OPS/OMS, MSPPS. Proyecto: Bases de organización y desarrollo de los Distritos de Salud, abril de 1991.

cifra referencial tomarían una población no menor de 20,000 habitantes. En la selección de las áreas, en los distritos de ciudades capitales de departamento grande, el área tendría una población no menor de 40,000 habitantes; en las ciudades capitales menores a 15,000 habitantes, y en el área rural la cifra de referencia no sería menor de 5,000 habitantes.

En la conformación de la red de servicios, se consideraba “*dos niveles de atención y tres prototipos de establecimientos de salud; el **puesto de salud**, el **centro de salud de área** y el **Hospital de Distrito** (esto incluye centros de salud Hospital). Por otra parte, relacionando con niveles el documento decía: el espacio geográfico poblacional del Distrito Sanitario se subdivide para su atención técnica-administrativa en dos partes: a) el área, b) el sector. En la relación que se hacía de regionalización interna del Distrito y tipo de establecimientos se establecía, esta correspondencia: a) sector con puesto de salud u otras modalidades de atención ambulatoria, b) área con centro de salud, puestos de salud y otras modalidades y c) distritos, con Hospital Distrital y su red de servicios”.*

En la estructura y funciones básicas de los establecimientos, se determinaban las correspondientes para cada tipo. El Hospital del Distrito debía estar dotado de personal y capacidad tecnificada para la atención de las cuatro especialidades básicas: medicina, cirugía, pediatría y ginecoobstetricia, además de los servicios auxiliares de diagnóstico, como laboratorio y rayos X.

Además del recurso humano tipificado para cada tipo de establecimiento, era necesario crear los equipos de Dirección del Distrito que debían estar conformados por lo menos por un a) Director (personal de salud pública, gente y epidemiólogo), b) jefe de enfermeras, c) administrador, d) estadístico, e) técnico de saneamiento, f) trabajadora social, g) chofer y auxiliar en servicios de salud.

Para llevar a la ejecución el programa y ante la desigualdad, distribución de los recursos en el territorio nacional se pusieron en ejecución tres proyectos de cooperación internacional, el PROIS del Banco Mundial, el PSF del Banco Interamericano de Desarrollo y el Proyecto de Salud Infantil Comunitaria con el gobierno de EE.UU. y otras agencias se asignaron Distritos Seleccionados por su organización y desarrollo. El proyecto Integrado de Servicios de Salud (PROIS) financiado por el Banco Mundial por un monto total de 20 millones de dólares americanos (préstamo) tenía a su cargo, el desarrollo institucional de los Distritos de las capitales de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y El Alto, en total 13 distritos. El proyecto integrado de Servicios Básicos de Salud y Fortalecimiento Institucional del Sector (PSF) financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo con 33,9 millones de dólares de préstamo, 4,95 millones de dólares no reembolsables del Convenio de Cooperación

Técnica y un aporte del Tesoro General de la Nación de 5,2 millones de dólares se ocuparía del desarrollo de los Distritos del área rural de los departamentos de Tarija, Potosí, Oruro, Chuquisaca, Beni y Pando en total, 18 distritos de salud. El Proyecto de Salud Infantil y Comunitario con el Gobierno de EE.UU. de 16.5 millones de dólares para desarrollar 11 distritos en el área rural de los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. Además, en una segunda etapa se desarrollaron y organizaron los Distritos de Salud asignados a Organizaciones No Gubernamentales, como a la Cooperación Italiana, los Distritos de El Porvenir, en Pando y Coroico, en Yungas; al Vicariato de Cuevo, el Distrito Cordillera que logró la cooperación de Médicos Mundi Navarra; al Instituto Politécnico Tomás Katari (IPTK) el Distrito de Ocuri en Potosí; a Médicos Mundi Navarra se asignó el Distrito del Norte de Potosí, Sacaca y conjuntamente con el Proyecto Social Cardenal Mauri, en Chuquisaca, el Distrito de Tarabuco; a Médicos Sin Frontera se asignaron los Distritos rurales de Cochabamba, en Cliza y determinadas áreas de salud.

En este proceso, “La OPS/OMS contó con la presencia en el país, de su representante el Dr. Juan Manuel Sotelo del Perú, quien movilizó al grupo de asesores asignado también responsabilidades en la organización y desarrollo de los Distritos. En su informe, al respecto el Dr. Sotelo decía²¹⁶: *“La presencia de la Organización se hizo más notoria en los niveles operativos del país, asignándose responsabilidades entre los consultores por ámbitos administrativos regionales, lo que constituyó un esfuerzo de desconcentración de la cooperación de la OPS/OMS. Esta situación favoreció la introducción del concepto de los Sistemas Locales de Salud –SILOS- que requirieron un esfuerzo de abstracción sobre el sistema de regionalización en salud del país y la puesta en marcha sectorialmente de un proceso de naturaleza político-técnico de tipo general y de ámbito nacional cual es el de la modernización y descentralización del Estado Boliviano. Se identificaron inicialmente 17 SILOS, equivalentes a Distritos Sanitarios (el país cuenta con 90 Distritos) para ser objeto de atención prioritaria y de aplicación de aspectos técnicos y administrativos desconcentrados / descentralizado selectivos. El financiamiento de este esfuerzo, que se considera fundamental en la aplicación operativa de los SILOS, se percibió compartido entre recursos nacionales y otros de fuente externa (OPS/OMS, BID, UNFPA, entre otros).*”

El Dr. Juan Manuel Sotelo Figueredo sucedió como Representante de la OPS/OMS al Dr. Gestoro Mora en 1988 al terminar periodo gubernamental de Víctor Paz Estenssoro, siendo Ministro el Dr. Joaquín Arce lema, permaneciendo en el país hasta 1990, durante el periodo gubernamental de Jaime Paz Zamora y la gestión ministerial de Mario Paz Zamora. El Dr. Sotelo de nacionalidad peruana, licenciado

²¹⁶ Juan Manuel Sotelo: Bolivia un gran desafío y la respuesta de la OPS/OMS. Revista Boliviana de Salud Pública N° 52, año 1993.

en medicina en la Universidad de Chile, médico cirujano en la Universidad Central de Venezuela, con maestría en Salud Pública en la Universidad John Hopkins, EE.UU., fue en su país epidemiólogo regional en el Cuzco, Director de Programas y Director general de Servicios de Salud en Lima. Ingresó a la OPS/OMS como Oficial de Programas en Barbados y en 1990 designado representante en Bolivia. Vinculado sentimentalmente con nuestro país, en donde su padre el Dr. Alejandro Sotelo en 1966 había realizado su ingreso a la OPS/OMS como consultor a corto plazo en Planificación de la Salud, contribuyendo decididamente a la formulación del Primer Plan Nacional de Salud 1966-1975, realizó una brillante labor frente al gran desafío que significaba el desarrollo sanitario en el país y las grandes posibilidades de cooperación que se presentaban, descentralizó el apoyo de los consultores por departamentos y se inició la contratación de consultores nacionales. Su labor fue merecidamente reconocida por las autoridades universitarias y municipales de La Paz, Cochabamba y Sucre y a nivel nacional por el Ministerio, otorgándole las condecoraciones correspondientes al terminar su misión entre nosotros, fue designado representante de la OPS/OMS en México. En su gestión la OPS/OMS cambió de sede, del ya estrecho piso del Edificio Gamarra frente al Ministerio al tercer amplio y funcional piso del Edificio Foncomin, de la Avenida 20 de Octubre, ocupando además el mezanine, donde se inició el establecimiento del Centro de Documentación y Programa de Textos de la Organización.

En relación al grado de desarrollo alcanzados por los Distritos de Salud, la aplicación de la “*Guía para identificar el grado de desarrollo de los SILOS*”²¹⁷ propuesta por la OPS/OMS que fue utilizado en el Seminario del Área Andina, llevado a cabo en Santa Cruz en 1992 permitió entre los 22 países participantes comparar los alcances logrados en Bolivia, que a continuación se especifican:

1. Transformación del Estado—Aspectos políticos de la Descentralización: La ley de Descentralización propugnada por el Estado. La línea de fuerza de la descentralización del Plan de Supervivencia, desarrollo infantil y salud materna.
2. Reorganización del nivel central en salud: Los Decretos correspondientes de la reestructuración del nivel central y la descentralización con los Distritos de Salud.
3. Descentralización y municipalización: Contrariamente a lo que sucedió en 11 países (50%) en que la descentralización acompañaba a la municipalización, en el país, había entonces la tendencia de relacionarla con las Cooperaciones de Desarrollo.

²¹⁷ OPS/OMS. Resolución XV del Consejo Directivo XXXIII de la OPS/OMS. Serie SILOS N° 77, año 1990.

4. Políticas y Estrategias en relación a los SILOS: El plan de salud con sus líneas de fuerza, atención a la madre y el niño, la descentralización y la gestión social y como programa, el Desarrollo y organización de los Distritos.
5. Coordinación intrasectorial: Ley y reglamentación para poner en marcha un proceso institucional con la seguridad social, orientado al desarrollo de los Distritos.
6. Coordinación interinstitucional: Se señalaba como sujeto, las cooperaciones de desarrollo departamentales.
7. Programación conjunta como mecanismo de coordinación: Esta acción se realizaba a nivel de algunos distritos con las alcaldías. En 7 países se realizaba a nivel del ministerio (32%).
8. Coordinación interinstitucional: Se señalaban programas de saneamiento básico, agricultura y educación coordinadas con los sectores correspondientes.
9. Acuerdos del sector público, ONG's y sectoriales: Se señalaban los convenios con BID, Banco Mundial, UNICEF, OPS/OMS entre los 15 países (64) que establecían este tipo de acuerdos.
10. Participación social: Fuera del enunciado de la línea de fuerza de Gestión Social, no se habían elaborado aún directivas concretas.
11. Desarrollo de los servicios de salud: Entre 16 países (73%) Bolivia manifestó asistir a un proceso de cambio en los procesos técnicos y administrativos de la prestación de los servicios de salud, mediante los Distritos, Las áreas prioritarias que debían recibir apoyo inmediato en el proceso de transformación que se venían desarrollando eran las siguientes: a) Instrumentación del sistema de información; b) fortalecimiento de la capacidad de planificación y programación local; c) Implementación del subsistema de control y evaluación con prioridad a la calidad de la atención, el rendimiento y la eficiencia de los servicios; d) subsistemas de administración de recursos financieros, materiales y logísticos.

DESARROLLO DE PROGRAMAS

Los Programas del Plan fueron ejecutados, según los niveles de atención en los establecimientos de salud de la red de servicios de los Distritos de Salud, organizados bajo las normas y procedimientos establecidos en un manual²¹⁸ confeccionado por un grupo multidisciplinario y multiagencial del Ministerio, la OPS/OMS y UNICEF, PNUD y UNFHA. Señalamos a continuación las actividades más relevantes según la apertura programática:

²¹⁸ MPSSP/OPS/OMS. Manual de normas y procedimientos. Plan Nacional de Salud, La Paz 1990.

Programa de Atención Integral a la mujer en edad fértil. En este programa se contemplaba aspectos relacionados con la salud reproductiva, mujer salud y desarrollo, detección del control del C.A. cérvico uterino, enfermedad de transmisión sexual y SIDA, salud materno y perinatal, provisión del parto limpio a domicilio. Anemias nutricionales, alimentación complementaria durante el embarazo y la lactancia y prevención del tétanos neonatal y puerperal con T.T. El Programa en relación a la salud reproductiva consideraba también la provisión y oferta de métodos de espaciamiento gestacional por demanda informada de la mujer o pareja en edad fértil, conceptualizando como Planificación Familiar “el derecho que tienen las parejas para decidir libre y voluntariamente el número de hijos que desean y el espaciamiento entre ellos” además ponía clara la diferenciación entre Planificación Familiar y Control de la Natalidad :este último implicaba una medida coercitiva para aumentar o reducir su población. El Control de Natalidad no es compatible con los gobiernos democráticos. Las funciones del prenatal, atención del parto, post natal y atención recién nacido se proveían que sean gratuitas.

La OPS/OMS a través de su División, con la asesoría del Dr. Daniel Gutiérrez, cooperó al programa principalmente en la prestación de los servicios contribuyendo al fortalecimiento de 15 Distritos y en la elaboración de dos proyectos con financiamiento del FNUAP (Fondo de Naciones Unidas para materias de población) para el mejoramiento de la salud de la madre y el adolescente en 27 Distritos de Salud más pobres del país. Con la Universidad Boliviana se formó un Convenio para modificar el curriculum sobre materno infantil y unificarlo a nivel nacional permitiendo formar profesionales en las tres facultades de medicina y las siete carreras de enfermería con conocimientos acordes a la realidad de la situación de la salud del país. El proceso debía iniciarse en 1992 contando con el grupo técnico de OPS/OMS y el financiamiento de FNUAP y de la Universidad de John Hopkins (EE.UU.).

Se fortaleció el trabajo comunitario principalmente por medio de la incorporación de parteras tradicionales y responsables populares de salud a los SILOS. Se realizó la primera reunión de parteras tradicionales entre la frontera entre Bolivia y Brasil, actividad que abrió la posibilidad de una futura cooperación técnica entre países en este campo. Bolivia, en condición de país coordinador del área de salud materno infantil dentro de la Cooperación Andina en Salud, organizó una reunión de los puntos focales en ese campo durante la cual se elaboró un plan subregional de salud materno infantil para 1992–1993 y un manual de funciones de los puntos focales en ese campo y del país coordinador.

Bolivia realizó actividades para obtener datos sobre la mortalidad materna e infantil, fortaleciendo el Plan Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, y lanzó la iniciativa de los Hospitales Amigos del Niño y la Madre donde, conjunta-

mente con el UNICEF, la OMS/OPS promovió la lactancia natural y la capacitación de todo el personal de salud en 11 hospitales regionales del país. Se firmó un convenio entre importadores y productores de leches sucedáneas de la leche materna y el Ministerio, en el que regularizaron las donaciones y la promoción de las mismas en el país. El proyecto de la Fundación W.K. Kellog y la OPS/OMS de Salud integral al Adolescente ha estimulado la coordinación entre las instituciones y organizaciones que trabajan en ese campo. Se logró integrar el componente de la mujer la salud y el desarrollo en el Plan Nacional de Supervivencia-Desarrollo y Salud Materna, y las normas del Ministerio sobre este tema, lo que facilitó una mejor coordinación entre las organizaciones no gubernamentales y de las mujeres, como la comisión de la Mujer del Congreso Nacional.

En el campo de nutrición, la OPS/OMS contribuyó al desarrollo de varias actividades entre las que se destacan: el fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nutricional en todos los niveles del sistema de los servicios de salud, el reforzamiento del proyecto de lucha contra el bocio y los trastornos producidos por deficiencia de yodo, el control de carencias de hierro y vitamina A, la educación nutricional y la asistencia alimentaria.

El Programa de Atención Integral al niño menor de 5 años, que venía desarrollándose desde la implantación de los modelos preventivos del SCISP en los Centros Locales de Salud, cobra mayor relevancia con las actividades concretas y tecnológicamente bien desarrolladas de control de crecimiento y desarrollo, evaluación del estado nutricional (SUEN), Programa Ampliado de Inmunizaciones, Combate a la Diarrea (EDA), Prevención y tratamiento de Enfermedades Diarréicas agudas e hipovitaminosis A.

En cuanto al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) la cooperación técnica se orientó fundamentalmente al avance de la erradicación de la poliomielitis en la región.

Durante 1991 se logró la mayor cobertura de vacunación jamás conseguida, debido principalmente a la incorporación de la vacunación como actividad permanente en los servicios de salud y a la eliminación de oportunidades perdidas de vacunación.

Desde 1986 no ha habido evidencia del poliovirus salvaje en el país. El sistema de vigilancia de la poliomielitis superó la tasa de identificación de casos de parálisis flácida requerida para los países de las Américas. Bajo la coordinación del Dr. Mauricio Landaverde.

El último aislamiento de poliovirus salvaje ocurrió en 1986, aunque entre 1987 y 1989 se registraron algunos casos diagnosticados por criterios clínicos. La Tasa de notificación por parálisis flácida por 100.000 menores de 15 años fue de 0.8 en 1989, 1.9 en 1990; 2.5 en 1991 y 1.9 en 1992, lográndose la investigación completa de todas las denuncias (OPS/OMS. 1994).

El tétanos neonatal fue controlado en Santa Cruz, departamento que hasta 1990 era considerado como el de más alto riesgo; esto se ha logrado gracias a la vacunación permanente en los servicios de salud y a la capacitación de parteras empíricas en la aplicación de toxoide tetánico. Se dio especial énfasis al inventario del equipo de la cadena de frío en el país, lo que permitió actualizar las necesidades y realizar una distribución adecuada del equipo adquirido por medio del Comité de Coordinación Integracional del PAI.

Debido a que las enfermedades transmitidas por alimentos son responsables de 70% del total de los casos de enfermedades diarreicas en el país, la OPS/OMS cooperó en la organización de programas integrados de vigilancia y control y manejo y protección de los alimentos.

Programa de Atención al Medio Ambiente. En el campo de la salud ambiental, las principales actividades de cooperación técnica de la OPS/OMS se dirigieron a la consolidación de reordenamiento institucional del sector iniciado en 1991 dentro del Plan Nacional “Agua Para Todos”, así como a la capacitación y la participación del personal nacional en encuentros regionales, la difusión de información y comunicación social y la realización de la “Primera Semana Nacional del Agua”. En 1992 se celebró el “Año de la Salud de los Trabajadores” lo que contribuyó a que se pusiera especial énfasis en la elaboración de un plan nacional de desarrollo en este campo que incluye el fortalecimiento institucional, la capacitación de recursos humanos, la incorporación de las acciones de salud ocupacional en los Sistemas Locales de Salud. En el marco de la iniciativa de la OMS “1992 año de la salud de los trabajadores” el INSO dictó el II Curso Internacional de Salud de los trabajadores de duración de 30 días para 23 profesionales con la colaboración de la Universidad de San Andrés, el IBSS: OPS/OMS y la Universidad Autónoma de Madrid.

El Cólera. Entre las enfermedades que causaron enorme preocupación al Ministerio y a la cooperación de la OPS/OMS en este periodo se encuentra la aparición del cólera, de un brote epidémico que después de muchos años, aparecía en las Américas con un foco inicial en el Perú. La presencia del cólera fue reconocida en Bolivia, a fines de agosto de 1991 en la ciudad de La Paz. Desde mayo, por cuatro meses se presentaron casos aislados en las localidades de Río Abajo, La Paz y El Alto sin detección de brotes importantes o dispersión de los mismos al interior del país; al

final del año 1991 se habían sucedido 206 casos con 12 muertes (según Informe de la Dirección General de Epidemiología).

Al tener noticias de la aparición del Cólera en Lima, el Gobierno a través del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, dictó algunas medidas declarando por Decreto Supremo N° 22899 del 14 de febrero de 1991 el país en emergencia sanitaria para la lucha contra el Cólera, se declaró al personal del Subsector Público y de la Seguridad Social en alerta sanitaria, debiendo estar en situación de emergencia dispuestos a ser convocados en cualquier momento y disponiendo que los servicios de internación, laboratorios y diagnóstico de los hospitales regionales de segundo y tercer nivel de todo el país dispongan de un número adecuado de camas libres para la atención de enfermos de Cólera. Por Resoluciones Ministeriales de 1991 con otros Ministerios, como de Industria, Comercio y Turismo, Agricultura y Asuntos Campesinos, se dispuso la regulación del ingreso de ciertos alimentos procedentes de los países afectados por el Cólera.

En la primera semana de 1992 el cólera se presentó de manera explosiva en Cochabamba, capital y las provincias alcanzando pronto en Santa Cruz y Tarija a poblados indígenas aislados; en los primeros meses de ese año, 1992, la enfermedad se difundió a la mayoría de los departamentos, después de una alza del número de casos en el mes de mayo en Santa Cruz, llegando a todo el país, excepto Riberalta y Pando. Se registraron 23,645 casos en todo el país, en 1992, con una incidencia de 375 por 100,000 y 400 defunciones con una tasa de letalidad de 1,7% con importantes variaciones entre las unidades sanitarias. Un segundo brote avanzó durante el año 1993 habiéndose visto en el primer trimestre una mayor progresión, alcanzando mayor número de localidades y distritos sanitarios en menor tiempo, sin embargo según la Dra. Marcia Moreira Epidemióloga de la OPS/OMS²¹⁹, este brote fue de menor magnitud en relación al anterior.

La Organización contribuyó significativamente a la lucha contra el cólera en Bolivia: todos sus consultores en el país participaron en el esfuerzo nacional contra la epidemia y cada uno de ellos fue asignado a unidades sanitarias en donde dieron apoyo a las actividades de control de la epidemia. Además, se dio impulso al desarrollo de mecanismos de información y retroalimentación, vigilancia epidemiológica, desarrollo de normas, vigilancia y control de alimentos y de aguas, capacitación y organización de una red de laboratorios para la identificación de *Vibrio cholerae* en heces humanas, en aguas para uso humano, en aguas servidas y en alimentos, y la investigación de ciertos aspectos relativos a la transmisión. Asimismo, colaboró en

²¹⁹ Marcia Moreira. El cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. Revista Boliviana de Salud Pública N° 52, año 1993.

la capacitación de los responsables de la vigilancia y el control del cólera y de profesionales de laboratorio a nivel nacional y departamental, y contribuyó a la adquisición y provisión de insumos, principalmente para laboratorio. Además la Organización colaboró en actividades de investigación, capacitación, evaluación y supervisión de los programas de control de otras enfermedades transmisibles, como tuberculosis, Chagas, malaria, fiebre amarilla y dengue con la intervención de la Dra. Marcia Moreira.

SIDA. Con respecto a la prevención y control de esta enfermedad, la OPS/OMS cooperó especialmente en los componentes de educación y vigilancia. Dentro de estos componentes, la Organización promovió la participación de funcionarios del Ministerio de Educación y de profesores y alumnos de los colegios en la ejecución de actividades educativas para el control de esta enfermedad; elaboró y distribuyó material informativo y audiovisual destinado a grupos considerados prioritarios y a la población en general, y prestó asistencia técnica para el fortalecimiento de la red de laboratorios como apoyo a la vigilancia epidemiológica.

Recursos Humanos. En cuanto al desarrollo de los recursos humanos, se promovieron procesos de cambio curricular en la formación de personal de medicina, enfermería, bioquímica, farmacia y nutrición; se propuso la formación de auxiliares y técnicos en servicio en centros distritales de capacitación; se desarrolló y validó un proceso metodológico de educación permanente en gerencia de servicios de salud para coadyuvar al desarrollo de los distritos en el nivel local.

Se elaboró un subsistema único de información gerencial sobre recursos humanos para los Departamentos de Recursos Humanos y de Personal del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública que sirvió de base en el análisis prospectivo y la planificación de la formación del personal profesional en nutrición bioquímica, farmacia y veterinaria.

El apoyo técnico de la OPS/OMS contribuyó en el ramo de formación profesional al fortalecimiento de la Maestría en Salud Pública a cargo de la Universidad y asimismo la definición de perfiles educativos y ocupacionales del personal de auxiliares de enfermería en función del desarrollo y organización de los Distritos de Salud.

Centinelas de la Salud. El Ministerio, conjuntamente con el de Defensa y la Fuerza Armada, y con el apoyo del UNICEF, del FIS y de la OPS/OMS, inició un programa de educación del soldado en atención primaria de salud entre los 35,000 y 40,000 jóvenes que anualmente hacen el servicio militar obligatorio. El programa llegó a contar con 975 instructores oficiales de las Fuerzas Armadas y cerca de 3,000 ins-

tructores operativos que hasta fines del año capacitaron a más de 5,000 soldados en aspectos de salud, quienes a su vez constituyeron en “*centinelas de la salud*”.

Programa Nacional de Medicamentos. El Programa Nacional de Medicamentos Esenciales, con la cooperación de la OPS/OMS, cumplió importantes actividades en los campos de coordinación interinstitucional, formulación de normas y reglamentos, revisión del formulario terapéutico nacional, gestión del subsistema de medicamentos, capacitación de personal administrativo y técnico del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y de organizaciones no gubernamentales, y el fortalecimiento de la Central de Abastecimiento de Suministros. Contó además con el aporte de una donación del Reino de los Países Bajos para la adquisición de medicamentos esenciales.

Con financiamiento del Reino de los Países Bajos, la OPS/OMS aumentó sustancialmente su cooperación técnica en el Programa Nacional de Medicamentos Esenciales. Dentro de las actividades iniciadas se destaca la descentralización de la red regional de la Central de Abastecimiento de Suministros en casi todos los departamentos del país, la integración de las actividades del Programa Nacional a nivel de algunos distritos piloto y la amplia distribución de una lista reducida de medicamentos esenciales para las enfermedades prevalentes del niño (enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas). Bolivia fue sede del Primer Seminario Subregional sobre el uso racional del Medicamento en el área andina.

Fortalecimiento del Proceso de Gestión en los Distritos de Salud. El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública dio particular importancia a las líneas estratégicas de la gestión social y a la descentralización. Dentro del marco de estas prioridades, la Organización contribuyó con el fortalecimiento de los sistemas locales de salud. En los 11 distritos de salud seleccionados se brindó apoyo al incremento de la capacidad técnica y administrativa, al refuerzo del proceso de gestión y a la investigación participativa.

La OPS/OMS promovió la creación de un núcleo de conducción integrado por el Director General de Salud, los Directores Nacionales y los Jefes de los Programas del sector. Además, cooperó en el fortalecimiento de la capacidad operativa de las unidades sanitarias de Cochabamba, Santa Cruz y La Paz e impulsó la programación local y la capacitación del personal de las áreas y sectores de Tupiza, Cotagaita, Villazón, Sacaca y Toledo. Con financiamiento del gobierno de Francia y apoyo intensivo de la OMS, se ejecutó un proyecto de desarrollo de los servicios de salud en los cuatro distritos de Tupiza mediante la formación y capacitación del personal institucional y comunitario en los diferentes niveles de atención, la regularización

de actividades integrales de supervisión, evaluación y seguimiento, el desarrollo de la gestión social, la promoción de investigaciones y el apoyo a los gastos operativos.

El proyecto de Cooperación intensiva de la OMS (ICO) en Tupiza, permitió el desarrollo de un modelo participativo, con la comunidad, de reforma del sistema, con la integración de los sectores públicos (MPSSP) y de la seguridad social. Se desarrollaron sucesivamente actividades de diagnóstico, comunitario, programación conjunta e integración de los hospitales ferroviario, del ministerio y de la Caja de Seguridad Social, en una sola unidad función, con servicios periféricos de diagnóstico. El proyecto fue visitado por el entonces subdirector de la OPS/OMS, Dr. George Alleyne y la entonces representante del país, la Dra. Mirta Roses P.

Apoyo Técnico a las ONG's. Atendiendo a una solicitud del Ministerio y organizaciones no gubernamentales, tales como Medicus Mundi Navarra y Médicos Sin Frontera de España, y Cooperación Internacional de Italia, la OPS/OMS evaluó varios proyectos; entre ellos el Proyecto Social Cardenal Maurer (con 10 años de ejecución), el de Sacaca (con cuatro años) y el de Palos Blancos y Cobija. El Proyecto Porvenir de Pando, que constituye un distrito rural, logró alcanzar una cobertura de atención permanente con servicios de salud en un 70% de cobertura útil, con un 100% de cobertura de disponibilidad y desarrollo iniciativas de cooperativas en suministros de medicamentos a cargo de la Cooperación Italiana estuvo dirigida por el Dr. Valentino Luzú. El Proyecto de Desarrollo de Servicios de Salud en el Norte de Potosí, creó el Distrito de Salud de Sacaca levantando una infraestructura de un Hospital Distrital con su correspondiente equipado de servicios de internamiento y apoyo diagnóstico, 5 Centros de Salud Hospitales y 25 Puestos Sanitarios, con una disponibilidad de prestación de servicios para el 100% de la población en su totalidad rural. Estuvo a cargo de Medicus Mundi Navarra y sucesivamente dirigido por el Dr. Salvador Comas y la Dra. Rosa Elcarte.

Administración de Hospitales. El Dr. Mario Paz Zamora, nombró una comisión constituida por el Dr. Marcelo Navajas, Dr. Mario Pantoja, Dr. Gregorio Mendizábal L. y Dr. Alfredo Calvo Ayaviri para la elaboración de un documento base sobre Reforma de la Administración de Hospitales, en el país, en función del Plan Nacional de Salud y con la cooperación de la OPS/OMS se inició el proceso de acreditación de hospitales con la asesoría del Dr. Humberto De Moraes Navaes. Se conformó una Comisión Nacional preliminar con la cual se realizó el 1º Seminario de Acreditación de Hospitales; segundo por la creación de federaciones regionales en las Unidades Sanitarias para elaborar, como primer paso, el Directorio Nacional de Hospitales. El programa fue incluido dentro del Programa de la Asociación de Hospitales para Latinoamérica y el Caribe de la OPS/OMS. A nivel de la Dirección Nacional de Servicios de Salud del Ministerio se hizo la revisión del Manual de

Normas y Procedimientos Hospitalarios de la OPS/OMS, con un grupo de trabajo de directores de hospitales sobre cuya base se elaboró, el documento “*Norma Nacional de Hospitales. Reglamento General de Hospitales. Reglamento General de Pensionado*” que fue publicado por el Ministerio y la OPS/OMS en Abril de 1993.

Salud Pública veterinaria. En salud pública veterinaria, la Organización cooperó con los Ministerios de Salud y de Agricultura en el área de zoonosis, especialmente en el control de la rabia, por medio de campañas masivas de vacunación canina. El Brasil donó 20,000 dosis de vacuna antirrábica canina, y Venezuela otras 10,000. En protección de alimentos se hizo hincapié en la coordinación interinstitucional para la formulación de un programa integrado con participación de los sectores oficial y privado (industria y comercio de alimentos), con enfoque en el nivel local. La OPS/OMS cooperó en la elaboración de un plan nacional de erradicación de la fiebre aftosa y dio apoyo a los productores ganaderos en la búsqueda de soluciones para obtener en forma progresiva áreas exentas de la enfermedad en el oriente del país (principal zona pecuaria de Bolivia); una misión de alto nivel de representantes del sector ganadero de Bolivia visitó PANAFTOSA. Se preparó el Programa Boliviano de Primatología, que tuvo como marco de referencia el convenio firmado entre la Organización y el Gobierno de Bolivia en febrero de 1991 y contó con la participación de la nueva Secretaría General del Medio Ambiente para su puesta en marcha.

FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Continuando con su política de mantenimiento de la estabilidad económica, modernización del Estado y promoción de la inversión de capital privado, en 1992 el Gobierno dio pasos importantes para fortalecer el proceso democrático. Entre ellos, se destaca la creación del Sistema de Análisis Financiero y de Control (Ley SAFCO) y el Decreto Supremo sobre los Lineamientos Básicos de la Lucha contra la Pobreza que establecen, conjuntamente con el Fondo de Inversión Social (FIS), los marcos y mecanismos de apoyo a la política social que da prioridad a los sectores de salud y educación. El Decreto Supremo aprobatorio del Programa Nacional de Cooperación Técnica 1992–1996 establece el marco regulador del aporte externo para los programas de salud, calculado en US\$ 100 millones anuales, y entre sus áreas prioritaria identifica el establecimiento de los sistemas descentralizados y locales de salud, uno de los acontecimientos de gran significación ha sido la realización del censo de población y vivienda después de un lapso de 20 años que permitirá disponer de indicadores, sobre todo demográficos, reales.

Al dejar el país el Dr. Juan Manuel Sotelo como Representante de la OPS/OMS en México, el Dr. Germán Perdomo Córdova, colombiano, titulado de médico cirujano y con curso de maestría en salud Pública en su país, que inició su carrera sanitarista

en 1976 como Jefe del Departamento de Planificación, siendo posteriormente Asesor de Atención Primaria de Salud, Director del Centro Nacional de Rehabilitación, Teleton, Jefe de la Oficina de Planificación y Secretario General del Ministerio de Salud de Colombia, fue nombrado Representante de la OPS/OMS en Bolivia y en 1992 fue trasladado a Washington DC. A la Oficina de Análisis y Planificación Estratégica. *“Durante el año se dio un apoyo importante a la ejecución del Plan Nacional de Supervivencia, desarrollo Infantil y Salud Materna que el Gobierno puso en marcha en 1990.”*

La cooperación brindada por la OPS/OMS a las autoridades de la Dirección Nacional de Servicios de Salud y a los niveles gerenciales de las unidades sanitarias y Distritos de Salud permitió incrementar la capacidad técnico administrativa a nivel nacional y el desarrollo del proceso de gestión a nivel de distritos se inició con la participación de la comunidad la planificación, y se puso en práctica un manual de programación preparado con la colaboración de la OPS/OMS en la que participaron el asesor regional de Servicios de Salud Dr. Capote y el Dr. Ramón Granados.

Con la experiencia obtenida en la implantación de un proceso de información del Hospital de Clínicas, dentro del proyecto del Banco Mundial de desarrollo institucional se implantaron acciones similares en los hospitales de Cochabamba y Santa Cruz que vienen a complementar el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS). Este sistema fue puesto en ejecución a partir de abril en todos los distritos de salud del país. Dentro del Proyecto Integrado de Salud financiado por el Banco Mundial, el Gobierno, con la colaboración de la OPS/OMS, continuó implantando un sistema de mantenimiento y conservación de los servicios de salud, que abarcó, además del departamento de La Paz, los departamentos de Cochabamba y Santa Cruz, con el apoyo del asesor temporero, el ingeniero Carlos Alberto Gonzáles. También se llevó a cabo una reunión subregional sobre la evaluación de los sistemas locales de salud en los países del Área Andina. Con el enfoque de cooperación técnica entre países, técnicos especializados del Gobierno de Cuba contribuyeron a la capacitación de personal para el mantenimiento de las unidades de cuidados intensivos en los servicios de pediatría de Cochabamba, La Paz y Sucre, así como a la rehabilitación de equipos en los hospitales generales de esas ciudades.

En unidades sanitarias se auspiciaron seminarios y talleres sobre la estructuración de las políticas hospitalarias con participación intersectorial, sobre el análisis de resultados de las evaluaciones y revisión de los mismos, y sobre procedimientos hospitalarios. La OPS/OMS contribuyó a la reestructuración de la seguridad social, especialmente en lo que se refiere a la creación de las Cajas únicas departamentales y el Fondo único de pensiones básicas; colaboró también en la primera reunión de presidentes y directores de los institutos de seguridad social del área andina, en abril

en La Paz, y en la elaboración de la propuesta de un Convenio Andino de Seguridad Social, con el asesoramiento del Dr. Jorge Castellanos.

Con el propósito de fortalecer el desarrollo de políticas de salud para la transformación de los sistemas de salud, se orientaron acciones y se apoyaron a nivel legislativo mediante la Comisión de Salud del Senado Nacional, el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y el Colegio Médico Nacional. Se colaboró con la Comisión de salud en la elaboración, presentación y revisión de las siguientes leyes: ley de la tercera edad o Código del anciano, Ley de Medicamentos, Ley de sangre y Bancos de sangre, Ley de Transplante de órganos y tejidos, Ley del discapacitado o impedido, Ley de prevención integral por infección del virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Se organizaron talleres y seminarios para la revisión y discusión de dichas leyes, con las organizaciones interesadas, para su presentación y aprobación por el poder legislativo.

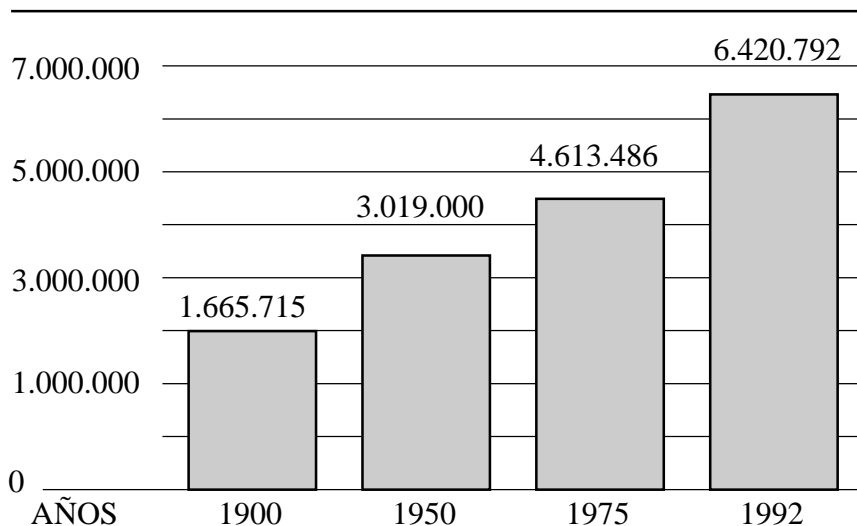
CENSO DE 1992

El 2º Censo de Población y Vivienda realizado en el INE corresponde al período de gobierno de Jaime Paz Zamora. Las acciones preparatorias se iniciaron en 1990 con la actualización cartográfica urbana y rural y la realización previa de tres censos experimentales en Viacha, Sapahaqui y Rurrenabaque; el empadronamiento, realizado el 3 de junio de 1992, ocupó una sola jornada en las áreas urbanas y un período no mayor a tres días en las áreas dispersas. Fue el objetivo censal más grande hasta entonces. Más de ochenta mil personas se movilizaron para obtener la información estadística de población y vivienda que dio un resultado de 6.420.792 habitantes con un incremento del 28%. Por primera vez un censo reflejó mayor población urbana que rural. Durante los años de vida republicana se realizaron, hasta entonces, nueve censos: el primero se efectuó 6 años después de creada la República, en el gobierno de Andrés de Santa Cruz, el año 1831, dando un registro total de 1.088.76 habitantes. El último censo del siglo XIX, efectuado en 1882 durante el gobierno de Narciso Campero, reportó un decremento demográfico del 49.6% habitantes. Durante el siglo XX se realizaron cuatro censos: los dos primeros de población y los otros dos de población y vivienda (INE).

El primer censo del siglo pasado, durante el gobierno del General José Manuel Pando, estuvo a cargo en ese entonces (septiembre de 1900) de la Oficina de Inmigración Estadística y Propaganda Geográfica (O.I.E.P.G.). El total de la población fue de 1.655.715 habitantes.

En el año 1950, período correspondiente al gobierno del DR. Enrique Hertzog, se llevó a cabo el Censo General con el resultado aprobado por Resolución Suprema del 19 de noviembre de 1951 que dio un total de 3.019.009 habitantes.

Evolución de la Población Boliviana en el Siglo XX, en millones de habitantes



Los dos últimos censos fueron planificados, programados y ejecutados por el Instituto Nacional de Estadística con los nombres de Censos de Población y Vivienda. El censo de 1976 dio un resultado de 4.613.486 habitantes y el del año 1992 de 6.420.792 habitantes.



“Paralelamente en el largo plazo, (el plan) impulsará una Reforma de Salud Pública que integrará aspectos nutricionales y alimentarios con el saneamiento ambiental y el bienestar social ofrecerá cobertura nacional y acceso equitativo a los servicios; localizará los servicios de salud hacia los más necesitados; atenderá la intersectorialidad del problema salud y minimizará los costos de administración y gestión mediante la separación de los Sistemas de financiamiento y previsión de servicios; integrar la medicina tradicional y la convencional. Por otra parte articulará los seguros de salud con los servicios públicos buscando la territorialización para ampliar la cobertura y atender de modo permanente el conjunto de la población. Además permitirá la participación directa de las comunidades en el control del sistema”

Plan General de Desarrollo Económico y Social (P.G.D.E.S.). Cambio para Todos, 1993.

EN DEMOCRACIA, EL CAMBIO PARA TODOS

El 6 de junio de 1993 se llevaron a cabo las elecciones al terminar el periodo de gobierno de Jaime Paz Zamora dentro de un ambiente democrático. El comicio fue calificado de limpio y transparente, aunque con algunas irregularidades que no afectaron los resultados. De acuerdo a los datos proporcionados por la Comisión Electoral el Movimiento Nacionalista Revolucionario (MNR) y el Movimiento Revolucionario Tupac Katari (MRTK) obtuvieron el primer lugar con el 35,7% de los votos, segundo el Acuerdo Patriótico (AP) 21,2% y el tercero Conciencia de Patria (CONDEPA) con el 14,4%. Después de una serie de intentos para establecer las alianzas y llegar a conseguir en el Congreso la mayoría el 6 de Agosto de 1993 fueron investidos como Presidente y Vicepresidente el Lic. Gonzalo Sánchez de Lozada (MNR) y el Lic. Víctor Hugo Cárdenas (MRTK) respectivamente.

El Lic. Gonzalo Sánchez de Lozada, empresario con sólida posición económica como propietario de una empresa minera, que había sido Ministro de Planeamiento del último gobierno de Víctor Paz Estenssoro y como tal introductor en Bolivia de la economía neoliberal gobernó el país de 1993 a 1997. Su Gobierno se caracterizó por el desarrollo de una política de modernización del Estado, con medidas trascendentales de gran proyección a largo plazo. Como la Reforma Educativa, la capitalización de las principales empresas estatales, la descentralización y la Participación Popular.

En la Reforma de la Educación a partir de 1995 se trató de poner en ejecución un sistema unificado tanto en las escuelas rurales como en las de los centros urbanos, respetando a la diversidad de razas, de lenguaje, de culturas. Se traspasó la responsabilidad de su aplicación del estado, a los 305 municipios que se reconocían entonces en la República. Los doce años de educación escolar en el nuevo sistema se reducían a 8 años de primaria con énfasis en la enseñanza de técnicas básicas para que el niño en casos de emergencia económica en su familia pueda trabajar en un oficio que habiliten al bachiller a obtener empleo en el mercado laboral.

La otra medida de modernización del Estado fue llamada Capitalización de las principales empresas estatales como Yacimientos Petroleros Fiscales Bolivianos (YPFB), Empresa Nacional de Electricidad (ENDE), Empresa Nacional de Telecomunicaciones (ENTEL), Empresa Nacional de Ferrocarriles (ENFE) y Lloyd Aéreo Boliviano (LAB) con venta de una mitad de su valor en acciones a capitales extranjeros que se harán cargo de su manejo técnico y administrativo y retención para el Estado de la otra mitad con acciones que se pondrán a disposición de los ciudadanos del país. La tercera medida que se complementó implementar fue la de Participación Popular, con entrega de recursos a organizaciones de trabajadores y comunidades

campesinas de los fondos necesarios para que puedan manejar directamente los servicios de educación y salud en su respectivo distrito. La Participación Popular produjo una descentralización efectiva en el espacio local donde el municipio asume el rol, determinante en términos de la gestión de los servicios de salud. Transfiere al Gobierno Municipal la propiedad de la infraestructura física de sus servicios públicos de salud y la responsabilidad de administrarlos.

El Licenciado Gonzalo Sánchez de Lozada terminó su mandato el 6 de Agosto de 1997 y transmitió el mando del Gobierno al General Hugo Bánzer Suárez quien habiendo triunfado en los comicios electorales del 1° de junio de ese mismo año fue designado Presidente Constitucional de la República para el periodo de 1997-2002.

En el periodo de la gestión de Gobierno del Lic. Gonzalo Sánchez de Lozada y Víctor Hugo Cárdenas, en el sector salud se produjeron significativos intentos de Reforma y transformaciones, sobre todo de estructura organizativa, tanto de los niveles centrales del Ministerio, como regionales y locales de prestación de servicios a consecuencia de la adecuación del Sistema de Salud a las leyes de Descentralización y Participación Popular, que dieron origen al Sistema Público de Salud (S.P.S.).

LA CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO DE 1994

La Constitución Política en actual vigencia (reformulada por Ley 1585 del 12 de agosto de 1994 adecuada y concordada por Ley 1615 del 6 de febrero de 1995) promulgada por el Congreso en el periodo de Gobierno del Lic. Gonzalo Sánchez de Lozada a introducido algunas reformas: El periodo de Gobierno del Presidente se ha extendido de cuatro a cinco años; esta medida comenzó a regir a partir del año 1997. El derecho a voto en las elecciones de Presidente, Vicepresidentes y miembros de la Cámara de Diputados y Senadores se la obtiene al cumplir 18 años de edad y no a los 21 como estaba establecido. Los demás dispositivos no han sido modificados.

EL PLAN GENERAL DE DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL (P.C.D.E.S.). CAMBIO PARA TODOS

Aprobado como Programa de Gobierno, señalaba como objeto una propuesta de cambio que pueda proporcionar un camino que lleve al país al desarrollo sostenible, a resolver la injusticia social y a lograr para las generaciones venideras reales posibilidades de bienestar común. Los objetivos generales y metas propuestas se sustentan en las siguientes líneas de acción: Capitalización de las Empresas Públicas, Democratización del patrimonio de las empresas capitalizadas y de inversión pública y Participación Popular. En sus objetivos y políticas correspondientes al capítulo de

Desarrollo Humano propone “la optimización de la inversión social focalizándola en la educación primaria y técnica para potenciar las habilidades naturales de la población, el **primer nivel de atención en salud** y la mejora de las condiciones de habilitación”.

Entre los resultados esperados, el **primer nivel de atención en salud**, garantizará a la población una mayor cobertura y acceso a los servicios, un más eficiente uso de la infraestructura existente, lograr la reducción de las tasas de morbi-mortalidad materna e infantil y de la desnutrición y un mayor control de las enfermedades transmisibles. El marco institucional apropiado para tales propósitos será el resultado de la Reforma del Poder Ejecutivo, la Reforma de la Constitución Política del Estado, la Nueva Normatividad, la Reforma Educativa, el Mejoramiento del Sistema de Salud, la Capitalización y el Nuevo Sistema Previsional, la Participación Popular y el Nuevo Ordenamiento Territorial.

El mejoramiento del Sistema de Salud se plantea para un corto y largo plazo en los siguientes términos: *“En el corto plazo se demandará que los esfuerzos se concentren a elevar la calidad, ampliar la cobertura y hacer una eficiente gestión institucional de los servicios existentes, especialmente para el primer nivel de atención. Al ejercer su derecho a la salud, la población estará en la posibilidad de desarrollar sus capacidades físicas e intelectuales para aportar creativamente al progreso del país. Paralelamente en el largo plazo, **impulsará una Reforma de Salud Pública**, que integrará aspectos nutricionales y alimentarios con el saneamiento ambiental y el bienestar social, ofrecerá cobertura universal y acceso equitativo a los servicios, focalizará los servicios de salud hacia los más necesitados, atenderá la intersectorialidad del problema salud y minimizará los costos de administración y gestión mediante la separación de los sistemas de financiamiento y provisión de servicios, integrará la medicina tradicional y la convencional. Por otra parte, **articulará los seguros de salud con los servicios públicos**, buscando la territorialización para ampliar la cobertura y atender de modo permanente el conjunto de la población. Además permitirá la participación directa de las comunidades en el control del sistema”*²²⁰. Al analizar los obstáculos para el Mejoramiento del Sistema de Salud, en relación a la inequidad social, se puntualiza la escasa cobertura de los servicios de salud, enfatizando que *“los problemas de salud se deben a la falta de ingresos, las deficientes condiciones de la vivienda y el saneamiento básico, el difícil acceso (la oferta de los servicios solo cubre el 63% de la población y está concentrada en el área urbana) ya sea por los costos o las dificultades geográficas o culturales. Las enfermedades de la pobreza (gastroenteritis o infecciones respiratorias agudas) son las que se presentan con mayor frecuencia. A ello se agrega la crítica*

²²⁰ República de Bolivia. Plan General de Desarrollo Económico y Social de la República. El cambio para Todos, octubre 1994.

situación nutricional de la población infantil y la elevada mortalidad materna por concentración de nacimientos y corto espacio entre embarazos, especialmente en la población de escasos recursos y en el área rural”.

En el planteamiento de las principales políticas para impulsar la ejecución del Plan y sostener su seguimiento en relación al Desarrollo Humano (basado en la provisión de oportunidades para aliviar la pobreza y las necesidades básicas, la mejor participación de la comunidad y la mejor responsabilidad de ésta), en lo concerniente a la optimización de la inversión social, en el área estratégica del primer Nivel de Atención en Salud se señalan las siguientes principales políticas: Orientar la inversión hacia este nivel, permitir realizar acciones preventivas y de capacitación que tienen efectos directos sobre la salud de la población, particularmente sobre los niños y las mujeres.

El fortalecimiento de este nivel significa la Reforma de los Servicios de Salud, descentralizándolos y articulándolos con la Seguridad Social, el Sector Privado y las ONG's. La política de salud también estará orientada al control de las enfermedades endémicas que afectan a la población adulta, en especial a la población económicamente activa. El sistema de salud integral se articulará con la Participación Popular, mediante la distribución y en base a criterios de accesibilidad económica, geográfica y cultural.

EL MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO

Para poner en ejecución el PGDES dentro del marco institucional apropiado donde se señalan las reformas estructurales, la Ley N° 1493 de Ministerio del Poder Ejecutivo (16 de septiembre de 1993) en su artículo 19 crea el Ministerio de Desarrollo Humano para poder “actuar en todo lo inherente al desarrollo, la formación, el bienestar y la calidad de vida de la persona: y a quien dentro de sus competencias le corresponde “formular estrategias y fiscalizar políticas y programas en salud, incluyendo la prevención, protección y recuperación de la salud, así como nutrición, saneamiento e higiene; en el desarrollo rural y social de las comunidades y pueblos originarios, preservando su identidad y organización; en el desarrollo urbano con el estímulo de la construcción de la vivienda social y atender los problemas de la marginalidad urbana y rural.”²²¹

El Ministerio de Desarrollo Humano quedó conformado por las Secretarías de Educación, Salud, Asuntos Étnicos, de Género y Generacionales, Cultura, Deporte, Inversión Social y de Instituciones Ejecutoras, transformándose así el Ministerio de

²²¹ República de Bolivia. Ley 1493 del 17 de septiembre de 1993. Ley de Ministerios del Poder Ejecutivo.

Previsión Social y Salud Pública, en la Secretaría Nacional de Salud Pública con dos subsecretarías, la de Salud Pública y la de Seguros de Salud. Originalmente en el Decreto Supremo 23660 del 12 de octubre de 1993, dependientes del Ministerio Humano, se consignó como sus dependientes las subsecretarías, entre ellas la Subsecretaría Nacional de Salud; en el Decreto Supremo N° 24134 del 2 de octubre de 1995 se hacen modificaciones en cuanto a la estructura de los Ministerios y en lo correspondiente al Ministerio de Desarrollo Humano, a lo concerniente a salud, se le da el nombre de Secretaría Nacional de Salud Pública. Sin embargo, esta disposición no fue advertida por las autoridades correspondientes, ni fue utilizada en las disposiciones oficiales, ni en las publicaciones; el documento del informe final de la gestión con el título de resultado de la gestión, conserva la primera denominación de Secretaría Nacional de Salud.

LA SECRETARIA NACIONAL DE SALUD PUBLICA

La Secretaría Nacional de Salud Pública, originariamente denominada Subsecretaría Nacional de Salud, dependiente del Ministerio de Desarrollo Humano²²² tiene como objetivo velar por el derecho a la salud de toda la población y la atención integral y promoción de la salud con la Participación Popular.

Sus acciones correspondientes son las de proponer programas, administrar, evaluar y supervisar las políticas de salud; dirigir y ejercer la función del Sistema Nacional de Salud; desarrollar los Sistemas Locales de Salud dando prioridad a la atención primaria y fortalecer el nivel secundario; incorporar la participación popular en las acciones de salud a nivel de la comunidad: prestar en forma directa o delegada los servicios públicos de salud, saneamiento ambiental, alimentario nutricionales, bienestar social y educación en salud; ejercer función sobre los entes gestores de los seguros de salud.

Las funciones operativas especializadas de esta secretaría son ejecutados por los sub sectores de salud y de seguros de salud. La subsecretaría de salud es responsable de desarrollarlos planes, programas y proyectos en materia de salud. La subsecretaria de seguros de salud es responsable de ejercer la función sobre los sistemas de seguros de salud y de promover la incorporación progresiva de la población a dicho sistema.

La Resolución Secretarial N° 0499 (17 de junio 1996) establece la estructura jerárquica de la Secretaría Nacional de Salud, en Subsecretarías, Direcciones, departamentos y unidades. Son de dependencia directa de la Secretaría las siguientes Direcciones y Departamentos: Oficina de Despacho, Dirección Administrativa con los

²²² Ibid.

departamentos de Personal y Servicios Generales. Dirección de Relaciones Internacionales, Departamento Jurídico, Departamento de Auditoría, Departamento de Comunicación Social. Las funciones operativas especializadas de la Secretaría Nacional de Salud son ejecutadas por las siguientes subsecretarías: Subsecretaría de Salud y Subsecretaría de Seguros Médicos.

Las funciones y atribuciones de la Subsecretaría de Salud se ejecutarán por las siguientes Direcciones y departamentos: Dirección de Promoción de la Salud, son los departamentos de información, planificación, enseñanza e investigación.

Dirección de Recursos Humanos con función sobre el Plan Centinelas de la Salud y sobre las Escuelas Nacionales de salud Pública y de Auxiliares de Enfermería, Dirección del Sistema Público de Salud, con los departamentos de servicios y de Sistemas de Salud, en este último quedó incorporado el servicio de Salud Mental y Drogradicción. Dirección de Planes y programas estratégicos por intermedio del departamento de Vigilancia y Programas; entre los programas se involucra el Banco de Sangre, Dirección de la Mujer y el Niño con los departamentos de la Mujer, el Niño y el adolescente y de Nutrición, quedando en este último comprendidos los de ex PAN y el ex INAN, Dirección Financiera con los departamentos de contabilidad y presupuesto y la Dirección Nacional de Medicamentos, con los departamentos de Registros y Políticas y Normas²²³.

La Secretaría Nacional de Salud estuvo primero bajo la Dirección del Dr. Joaquín Monasterios Pinckert (1993-1995) y posteriormente a cargo del Dr. Oscar Sandoval Morón (1995-1997). Al iniciar la gestión la representación de la OPS/OMS estuvo dirigida por la Dra. Mirta Roses Periago, que fue la principal asesora hasta 1995, en que fue designada Directora Adjunta de la OPS/OMS en Washington, por el nuevo Director de la institución, el Dr. George Alleyne. Sucedieron a la Dra. Roses, como representante a.i., el Dr. Philip Lamy, a quien lo sustituyó el Dr. Carlos Linger.

BOLIVIA EN EL COMITÉ EJECUTIVO DE OPS/OMS

En septiembre de 1993 nuestro país logró integrar el Comité Ejecutivo de la OPS/OMS, nos dice el Dr. Monasterios, entonces Secretario Nacional de Salud – *“gracias a que en la conformación de la estructura interna del Comité Ejecutivo nos dispensaron el honor de ejercer la Presidencia del Subcomité de Planificación y Programación en la gestión 1993-1994 y 194-1995. Bolivia ocupó un importante espacio de liderazgo internacional que le permitió por primera vez, alcanzar la*

²²³ SNS-PROIS. Normas legales en el sector Salud de Bolivia. Resolución Secretarial N° 499, 17 de junio 1990, La Paz, Bolivia 1997.

Presidencia del Comité Ejecutivo de la OPS, por el periodo de 1995-1996 y la Presidencia Alterna del Comité Directivo durante la XXXVIII Conferencia Sanitaria Panamericana, realizada en Washington en septiembre de 1995.

EL SISTEMA PUBLICO DE SALUD DESCENTRALIZADO Y PARTICIPATIVO

La Ley 1551 de la Participación Popular Promulgada el 30 de junio de 1994 extiende la jurisdicción municipal al territorio de las secciones de provincia y crea para su administración Gobiernos Municipales en cada uno de estas jurisdicciones. En lo referente al sector salud esta ley también transfiere la infraestructura de salud a los gobiernos municipales y amplía sus atribuciones y competencias para incluir la administración y control del equipamiento, mantenimiento y mejoramiento de la infraestructura transferida así como también la dotación de equipamiento, mobiliario, insumos y suministros incluyendo medicamentos y alimentos. Para el desarrollo de estas y otras competencias relacionadas a otros sectores el Tesoro General de la Nación (TGN) transfiere a todos los municipios el 20% de la participación tributaria nacional, distribuido en función de su población.

La ley de Participación Popular no transfiere ni la gestión médico administrativa manteniéndose en la Secretaría Nacional de Salud, ni el personal adscrito a la provisión de los servicios, manteniéndose el pago del mismo a través de las prefecturas con recursos del TGN.

La Ley de Descentralización Administrativa del 28 de julio de 1995 delega las competencias del gobierno central sobre la administración, supervisión y control de los recursos humanos en salud a las prefecturas departamentales. Un decreto (24206 del 29 de diciembre de 1995) reglamentario de la Ley establece la estructura de la Prefectura Departamental creando para atender los asuntos inherentes a Salud, a la Dirección Departamental de Salud (DIDES) dependiente de la Secretaría Departamental de Desarrollo Humano.

Sin embargo, la administración supervisión y control de los recursos humanos en salud es delegada al Tesoro Departamental que tiene a su cargo la organización y administración de los recursos económicos, humanos y físicos y los procesos de ejecución y control presupuestario.

El Sistema Público de Salud, Descentralizado y Participativo se origina en Decreto Supremo del 8-11-1996²²⁴ y tiene como objeto adecuar el Sistema Nacional de Salud a las leyes de Participación Popular y de Descentralización Administrativa anteriormente descritas, constituyendo un nuevo modelo sanitario.

²²⁴ República de Bolivia. Decreto Supremo N° 24237 de 8-II-1996.

EL NUEVO MODELO SANITARIO

Establece las estructuras de gestión sectorial y de gestión compartida con participación popular para la provisión de los servicios de salud entre la Secretaría Nacional de Salud, la Prefectura Departamental, el Gobierno Municipal y la población en general. El propósito de estas estructuras es el de constituirse en mecanismos de coordinación entre los diversos actores del sistema (Prefecturas, Gobiernos municipales, y OTB's).

El nuevo modelo sanitario es una respuesta específica a ciertos desafíos que plantearon las reformas estructurales y como tal no constituye ni refleja una visión global y completa del sector salud. La adopción del nuevo modelo plantea desafíos propios y requieren un esfuerzo sostenido de comunicación y apoyo a las diversas instancias involucradas, así como el desarrollo y la adopción de instrumentos de gestión concretos.

El Decreto Supremo 24237 tiene como objeto adecuar al Sistema Nacional de Salud, a la ley 1551 de Participación Popular y la Ley 1854 de Descentralización Administrativa en el marco de la Constitución Política del Estado y *“poner en vigencia el Sistema de Salud Descentralizado y Participativo que en adelante se llamará Sistema Público de Salud”* SPS.

El SPS tienen como finalidad alcanzar niveles de equidad, calidad y eficiencia en la provisión de servicios de salud, así como la solidaridad y universalidad en el acceso y la cobertura de la población. Sus alcances están sobre las entidades prestadoras de servicios de salud sean estas públicas, religiosas o privadas sin fines de lucro.

Los objetivos del SPS son tres: a) definir las prioridades que rigen el modelo de atención en salud; b) definir y establecer la organización de los servicios y c) definir y establecer la estructura de gestión sectorial y gestión compartida con participación popular en salud.

LAS PRIORIDADES NACIONALES

Las **prioridades nacionales** y locales son las que determinan las necesidades de atención de la población y definen el modelo de atención. A nivel nacional las prioridades establecidas son; salud materno infantil orientada a la reducción de la morbi-mortalidad de la mujer y el niño; nutrición orientada a las reducciones de las deficiencias calórico-proteínicas, de yodo y micronutrientes; control de enfermedades transmisibles por vectores con énfasis en el control de la Malaria y el Chagas; control de enfermedades transmisibles, crónicas orientadas a la reducción de la tubercu-

losis y parasitosis intestinal; prevención y control del cólera, enfermedades de transmisión sexual y SIDA; salud mental orientada a la prevención con énfasis en acciones de promoción y prevención. Las **prioridades locales** son establecidas entre los representantes del Gobierno Municipal, Juntas vecinales, comunidades campesinas y pueblos indígenas y los responsables de los establecimientos de salud tomando en cuenta criterios de incidencia, prevalencia, magnitud y factores de riesgo en la morbi-mortalidad.

La organización de los servicios de salud, que conforman el SPS da como resultado los tres componentes del sistema: la red de servicios, la gestión sectorial y la gestión compartida con participación popular.

LA RED DE SERVICIOS

La **red de servicios** de salud está conformada por el tipo de establecimientos por niveles de atención en relación a su capacidad técnico-operativa de resolución de problemas en tres niveles en donde se realizan las actividades de promoción, prevención, información, comunicación y educación para la salud, en todos ellos. El primer nivel corresponde a las actividades inherentes al centro de salud (puesto de salud, consultorio médico, centro de salud con camas de tránsito y policlínico); el segundo nivel, incluye las modalidades de atención establecidas en el Hospital básico de Apoyo, y el tercer nivel corresponde al hospital general de apoyo (hospitales e institutos especializados).

Los establecimientos de los tres niveles de atención corresponden a los transferidos a los gobiernos municipales para su administración, mantenimiento de infraestructura, dotación de servicios básicos, los insumos y suministros (de acuerdo a la Ley 1551 y D.S. 23813). Se contempla el sub sistema de referencia y contra referencia de pacientes, que garantiza la continuidad y el seguimiento de la atención entre los establecimientos según nivel de complejidad de la red de establecimientos.

La **Gestión Sectorial**, o sea la definición y administración de las políticas, planes y programas de salud para la prestación de servicios corresponden a la **Secretaría Nacional de Salud**, dependiente del Ministerio de Desarrollo Humano, el rol rector, normativo de formulación de políticas y decisional de salud. A los DIDES (Dirección Departamental de Salud) les corresponde la ejecución de políticas de salud y su adecuación a la realidad regional para la prestación de servicios bajo dependencia administrativa de la Secretaría Departamental de Desarrollo Humano y –técnica de la Secretaría Nacional de Salud–. La estructura organizativa de la DIDES está conformada por la Unidad de vigilancia epidemiológica y por la unidad de planificación y programas.

El mecanismo operativo que corresponde la inversión en infraestructura, mantenimiento, equipamiento y capacitación en cada municipio del departamento, constituye el **Plan departamental de inversión en salud** que se elabora a nivel de los planes de desarrollo municipal y criterio técnico para el desarrollo de las redes de servicios de salud del departamento.

LA GESTION COMPARTIDA

La **Gestión Compartida** con la Participación Popular que consiste en el ejercicio de la responsabilidad conjunta en la prestación de servicios entre la Prefectura, los Gobiernos Municipales y Juntas Vecinales, Comunidades Campesinas y/o Pueblos Indígenas.

La gestión compartida, se estructura en los **Directorios Locales de Salud (DILOS)** para cada jurisdicción municipal en la que participan el representante del Gobierno Municipal, como Presidente del directorio, el Director Departamental de salud o su delegado en representación del Prefecto y de la Secretaría Nacional de Salud y un representante del Comité de Vigilancia por delegación de las juntas vecinales, comunidades campesinas y/o pueblos indígenas. Se establece, también, la constitución de directorios de los hospitales de apoyo, para un establecimiento o el conjunto de ellos, análogos a los DILOS con inclusión del Director de Hospitales, cuyas funciones están señaladas en el Reglamento Nacional de Hospitales. Para el reforzamiento de la infraestructura se establece que el FIS, (Fondeo de Inversión Social) y los Proyectos de Fortalecimiento de la Secretaría Nacional de Salud, deben sujetar su financiamiento a los planes departamentales de inversión en salud.

Los otros dispositivos del Decreto dan orientaciones para la participación de las instituciones privadas sin fines de lucro y de las entidades religiosas y de la articulación de las otras instituciones con convenios con los DILOS para previsión de servicios de salud. El decreto en su título III de la normatividad específica establece que corresponde a las instancias del Ministerio de Desarrollo Humano elaborar la normatividad específica para la aplicación del SPS, quedando la Secretaría Nacional de Salud específicamente encargada de cumplir y ejecutar la implementación del SPS²²⁵.

LOS DIRECTORIOS LOCALES DE SALUD

Los Directorios Locales de Salud constituyen las estructuras funcionales administrativas que van a hacer posible el ejercicio de la gestión compartida con Participa-

²²⁵ República de Bolivia: Decreto Supremo N° 24237 del 8 de febrero de 1996. Nuevo Modelo Sanitario. Adecuación del sector salud a las leyes de Participación Popular y Descentralización Administrativa. La Paz 1996.

ción Popular. La Gestión compartida con Participación Popular busca responder a los procesos sociales, a través de los cuales los grupos, las instituciones, los sectores, los sectores sociales al interior de un municipio determinado “intervienen en la identificación de la problemática de salud y otras situaciones afines y se unen en una alianza para diseñar, aprobar y poner en práctica las soluciones”²²⁶.

Al conformarse el Sistema Público de Salud, Descentralizado y participativo, la Gestión Compartida se define como la responsabilidad conjunta en la prestación de los servicios de atención a la salud, entre la prefectura, los gobiernos municipales y las juntas vecinales, comunidades campesinas y pueblos indígenas o comunidades originarias según corresponda.

Estos tres actores sociales, Gobierno Municipal (encargado del equipamiento, infraestructura, medicamentos, alimentación, recursos de capacitación e inversiones), Prefectura (que tienen también asignada al recurso humano el presupuesto correspondiente, con recursos del TGN así como de inversiones e insumos) y la comunidad organizada (organiza la demanda, promueve el control y la producción social) tienen la responsabilidad conjunta en la prestación de servicios de salud. Como se ve, estos tres sectores tienen lógicas y dinámicas, diferencias y una misión común por tanto, para entenderse se hace imprescindible el ejercicio de la coordinación, concentración y negociación para lograr la toma de decisiones eficientes y coherente; elementos difíciles de lograrlos sino se tiene ejercicio en función de trabajo de grupo y capacidad administrativa selectiva ante las variables de la contingencia.

La Gestión compartida se da en los diferentes niveles del Sistema de Salud, Puesto de Salud y su área de influencia, Centro de Salud, Directorio de Hospitales, Directorio Local de Salud (Municipal y su área geográfica poblacional de influencia).

La Gestión Compartida con participación popular a nivel municipal está dado por los DILOS (Directores Locales de Salud) que son instrumento y motor del proceso de transformación de la nueva organización y administración de la salud en el país que permite la efectiva descentralización y participación popular de la sociedad civil en su conjunto en el nivel municipal. El DILOS para su conformación es convocado por la prefectura o sus representantes a nivel local (subprefecto-corregidor).

El DILOS está conformado por tres representantes, uno del Gobierno Municipal que es el presidente, uno por delegación de la Dirección Departamental de Salud y uno por delegación de la Dirección Departamental de Salud y uno por delegación de las Juntas Vecinales, Comunidades Campesinas y Pueblos Indígenas.

²²⁶ Ministerio de Desarrollo Humano. Secretaría Nacional de Salud. Manual de Orientaciones Técnicas Normativas para implantar el nuevo Modelo Sanitario. La Paz 1997.

Las competencias y procedimientos esperados del funcionamiento de los DILOS son siete: 1) Coordinar el proceso de Planificación Participativa, 2) Compatibilizar los planes operativos (POA) con los estrategias locales, 3) Programar y gestionar convenios, 4) Proponer el presupuesto de inversión, 5) Gestionar los recursos humanos, 6) Supervisar y coordinar para la elaboración del presupuesto y el 7) Seguimiento y evaluación de ejecución de los DILOS operativos anuales de cada establecimiento. Los productos que se esperaban serían: participación permanente real y efectiva de la población organizada, desarrollo armónico de la red de servicios, concertación con todos los sectores, presupuestos de inversión conseguidos y ejecutados, recursos humanos suficientes para la red de servicios y acceso universal a la red de servicios.

LA ORGANIZACION Y DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En este periodo del gobierno de Sánchez de Lozada fueron designados ministros de Desarrollo Humano el Lic. Fernando Romero (septiembre 1993-mayo de 1994), Dr. Enrique Ipiña Melgar (marzo 1994-agosto 1995), Lic. Freddy Teodovich Ortiz (agosto 1995-enero 1997), Lic. Franklin Anaya Vásquez (enero 1997-agosto 1997). Como Secretarios Nacionales de Salud ejercieron el cargo los doctores Joaquín Monasterios Pinckert 60 de noviembre de 1993 a octubre de 1995), Oscar Sandóval Morón (octubre 1995-agosto 1997). Como representantes de la OPS/OMS la Dra. Mirtha Roses fue promovida al cargo de subdirectora para la Región de las Américas de la OMS en el año 1995, ocupando interinamente la representación el Dr. Philippe Lamy hasta la designación del Dr. Carlos Linger como nuevo representante, de junio de 1995 a agosto de 1999.

La Dra. Mirta Roses Periago, Argentina, llegó a Bolivia procedente de la república Dominicana, donde como representante de la OPS/OMS de 1988 a 1992 logró obtener para su representación la más alta distinción donde anteriormente ocupara el cargo de Epidemióloga del país. Titulada de Maestra Normal Nacional en la Universidad de Córdoba en 1962 siguió la carrera de salubrista, alcanzando sucesivamente el título de Médico Cirujano (Córdoba), especialista en Medicina Tropical (Universidad Federal de Bahía), diplomada en Salud Pública (Buenos Aires), Especialista en Infectología (Buenos Aires) y Especialista en Epidemiología. De 1967 a 1976 desempeñó la docencia en las universidades de Córdoba y Buenos Aires en la Argentina. Su carrera internacional se inició como consultora en Epidemiología y Laboratorio de Enfermedades Tropicales contratada por la OPS/OMS en Chile y Washington D.C.

Posteriormente, jefe de la unidad de vigilancia epidemiológica de CAREC, Trinidad y Tobago centro de OPS/OMS de donde pasó a la República dominicana.

La OPS/OMS colaboró desde sus inicios al proceso de reforma propuesto a partir de una primera reunión con las autoridades de la Secretaría Nacional de Salud y los consultores de la OPS/OMS en la que el Dr. Enrique Ipiña Melgar presentó el Plan Global de Desarrollo Económico y Social (PGDES) y sus alcances en salud. Aquella vez se definieron prioridades, optándose por tomar en cuenta la necesidad de contar primero con manuales de normas y suficiente información para llevar adelante el proceso de transformación propuesto. En sus inicios, las comisiones de la Secretaría de Salud y los asesores trabajaron en la elaboración de documentos tendientes a la interpretación apropiada de las leyes de Descentralización y Participación Popular y su adecuación a las estructuras de los servicios de salud. Se elaboraron varias versiones del nuevo modelo de atención y de la formulación del Sistema Público en Salud Descentralizado y Participativo, y ya casi al terminar la gestión el 14 de abril de 1997 se publicó y difundió el “*Manual de Orientaciones Técnicas Normativas para la Implantación del Nuevo Modelo Sanitario*”. Los cuatro años de gestión resultaron insuficientes para poner en ejecución el Sistema Público descentralizado.

Financiamiento de la Salud. El Plan de Todos logró en el periodo una mejor inversión y mayor posibilidad de gasto para el sector salud: para 1993 el porcentaje de Producto Interno Bruto (PIB) que se invertía en salud fue de 2.71% subiendo sostenidamente hasta llegar en 1997 a 3,98%, casi similar al que se tenía en 1989 que fue de 4.52%. El gasto en salud per cápita de 1993 fue de 88.44 Bs. y en 1997 de 188.19 Bs. La asignación presupuestaria de salud de 624.8 millones de bolivianos en 1993 subió a 1,462.7 millones de bolivianos en 1997, es decir, más del 100%. En 1994 se logró una homologación salarial con la Caja Nacional de Salud de los trabajadores técnicos, administrativos y profesionales del sector público, lo que significó un incremento salarial promedio del 40%. Entre 1993 y 1997 se incorporaron 1,545 nuevos profesionales del sector público de salud, de los cuales 577 son médicos, 682 técnicos en salud, 213 administrativos y 73 otros profesionales.²²⁷

PROYECTO INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD (PROISS)

Este proyecto financiado por el banco Mundial tiene su origen en la solicitud del Gobierno de Bolivia al Banco Mundial que se presentó en la Asociación Internacional de Fomento (A.I.F.) del Banco Mundial en marzo de 1988.

El 12 de 11-1990 la AIF y el Gobierno suscribieron un convenio de crédito dentro de cuyo marco el Congreso y el Ejecutivo promulgaron la Ley de la República 1154 del

²²⁷ Ministerio de Desarrollo Humano. Secretaría Nacional de Salud. Resultados de Gestión.

17 de mayo del mismo año que dio inicio al Proyecto Integrado de Servicios de Salud (PROIS) que entró en actividad el 21 de septiembre de 1990.

A partir del año 1993 el PROIS concentró sus acciones en la ejecución estratégica dentro del proceso de transformación estructural del país, como la Ley de la Participación Popular y la Ley de la Descentralización y su adecuación al Sistema Público de Salud, con un nuevo tipo de gestión caracterizado por dos aspectos fundamentales: a) un elevado nivel de ejecución presupuestaria en el cumplimiento de los objetivos del Proyecto y b) un incremento importante de la cobertura de atención generada a partir de un alto número de nuevos servicios de salud. A partir de diciembre de ese año desarrolló un proceso de descentralización de gestión que permitió una redistribución de roles con el consiguiente desarrollo administrativo regional y local, dando impulso a la ejecución presupuestaria, desarrollo y supervisión de los servicios en La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz.

Con el nuevo sistema de gestión descentralizadora y participativa el PROIS realizó 251 obras (productos) que tienen que ver con infraestructura y equipamiento completo en un 60% y un 17% adicional de obras únicamente de infraestructura o equipamiento, lo que significa un incremento de la disponibilidad de servicios de salud. El 23% de las llamadas obras están relacionadas con el área técnica, especialmente con el componente de capacitación de más de 200 profesionales en el Post grado de Gerencia Operativa que en cooperación con las Universidades Públicas se realizó en La Paz y el Alto, Cochabamba y Santa Cruz.

Las otras obras en el área técnica son los equipos de puesta en marcha, conformados por un médico y una enfermera por región con carácter eminentemente operativo; la elaboración del diseño de la guía de infraestructura de servicios de salud del primer nivel, consensuado con la Secretaría Nacional de Salud, PSF, FIS y OPS; el Sistema de Recursos Humanos en Salud (SIRHUS) y el Programa de Calidad de Atención.

PROGRAMA INTEGRADO DE SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DEL SECTOR (PSF)

Este programa es financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) ejecutado por la Secretaría Nacional de Salud, a través de la Unidad Coordinadora Central y de las unidades ejecutoras departamentales. Su ámbito de acción alcanza a cubrir 24 Distritos de Salud en los departamentos de Chuquisaca (Sucre, Padilla, ChiquiChiqui y Azurduy) Potosí (Potosí, Uncía, Uyuni, Puna), Tarija (Tarija, Yacuiba, Villamontes y San Lorenzo), Oruro (Oruro, Challapata, Huanuni y Eucaliptos), Beni (Trinidad, Reyes, Santa Ana, San Ignacio de Moxos, Riberalta y Guayaramerín), Pando (Cobija y Puerto Rico).

El PSF se orientó a extender y mejorar la cobertura de servicios básicos, a fortalecer la capacidad operativa de la red de servicios, apoyar el proceso de descentralización del sistema de servicios de salud, desarrollando programas agrupadas en los 4 componentes de: Fortalecimiento de Programas de Salud, Fortalecimiento Institucional, Fortalecimiento de la Red de Servicios y Elaboración de Estudios.

Desde 1994 hasta fines de 1996 el PSF desarrolló sus programas beneficiando aproximadamente a 1,000,000 de habitantes en los 24 distritos de su área de acción. En el Componente de Fortalecimiento institucional se definió la ejecución de 116 obras civiles: 52 puestos de salud, 47 centros de salud, 12 direcciones de distritos y 5 hospitales distritales en el año 1996 se llegó al 85% de la ejecución de las obras. El proyecto dotó a los servicios de salud de 12 camionetas, 23 ambulancias, camillas y bicicletas adjudicando en 1995 las licitaciones para el equipamiento de los establecimientos de salud construidos. En el componente de Programas de Salud se lograron alcanzar en 1996 los siguientes resultados en relación a las metas proyectadas: cobertura de parto institucional en área rural, proyectado 40%, ejecutado 25%; cobertura parto institucional urbano, proyectado 70%, ejecutado 65%; cobertura de inmunizaciones, proyectado 95, ejecutado 80%; promedio de una consulta habitante año; proyectado 1 , ejecutado 0.70.

En el componente de fortalecimiento institucional en 1993 se puso meta que el 100% de los establecimientos de salud estuvieran utilizando los instrumentos administrativos relativos a programación local, supervisión y control; administración del personal y manejo de sub sistemas de información , contabilidad, suministros, mantenimiento, transporte y comunicaciones; en 1996 todos los establecimientos de salud habían recibido los instrumentos y los estaban utilizando. En relación al componente de estudios especiales se habían elaborado los siguientes documentos: Aranceles y recuperaciones de costos, red fluvial de salud en los ríos de Beni y Pando. Sistema de Servicios de Salud para grupos étnicos monetarios y estudio de prefactibilidad para la segunda etapa del proyecto.

PROYECTO DE SALUD INFANTIL Y COMUNITARIA (C.C.H.)

Este proyecto nace como resultado del Convenio de Donación, suscrito entre el Gobierno de Bolivia y los Estados Unidos de América, representados mediante la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID).

La misión del CCH es de mejorar las condiciones de salud de la población de comunidades rurales y periurbanas, mediante el desarrollo y fortalecimiento de 11 Distritos de Salud determinados en los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. Este proyecto en 1994 inició un proceso de reestructuración con el propósito

de desarrollar sus acciones en el marco de las políticas de Desarrollo humano y de los Procesos de Reforma desarrollando sus actividades a nivel nacional y a nivel regional y nivel distrital.

A nivel nacional ha venido desarrollando actividades en relación a Recursos Humanos, Comunicación en Salud, Salud comunitaria y Salud infantil, Salud reproductiva, Salud de la mujer con los siguientes resultados: se han capacitado 87 funcionarios de la Secretaría Nacional de Salud que trabajaban en distritos rurales y periurbanos y en direcciones departamentales del país, en Epidemiología, Gerencia y Comunicación a través del Proyecto DDM (el Proyecto DDM/CDC de capacitación de profesionales en salud en aspectos de epidemiología, gerencia y comunicación enseñando a utilizar los datos para la toma de decisiones, cuenta con el apoyo de CDG (Centro de Prevención y Control de Enfermedades de EE.UU. de América). En Comunicación en Salud se ha financiado la producción, validación y difusión de cuñas radiales a nivel local y regional, logrando emitir más de 9,000 pases al mes de mensajes de promoción radiofónica en relación a los diferentes temas de salud de la madre y el niño, el saneamiento del medio y el control de enfermedades prevalentes. Esto significa aproximadamente 200 horas de difusión de mensajes adecuados al mes dirigidos a la comunidad a través de 27 radioemisoras locales.

En Salud Comunitaria se ha implementado el proyecto Agua “claro”, un sistema de agua segura compuesta por un bidón, una solución desinfectante y una campaña de educación y comunicación; el proyecto se lanzó en Santa Cruz y posteriormente en La Paz y Cochabamba proyectándose extender a toda la República; con el apoyo del Proyecto de Salud ambiental de USAID (EHP/USAID) se ha prestado asesoría técnica al Programa Nacional de Enfermedades transmisibles por vectores, especialmente Fiebre Amarilla, Malaria, Chagas, Denge y Leishmaniasis. Se ha construido un ferrocarril en el tramo del ferrocarril Pailón y Puerto Suárez para atención integral de las comunidades a lo largo y próximas a línea férrea de 600 kms de extensión y durante 22 días de actividad inusual. En el campo de la salud infantil el CCH ha brindado asesoría técnica y apoyo económico a la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

En relación a la salud reproductiva y salud de la mujer, el 17% del esfuerzo del CCH en cuando al recurso humano y financiamiento está destinado a este programa.

A nivel regional, el apoyo de CCH a los departamentos de Santa Cruz, Cochabamba y La Paz, en asesoría técnica y apoyo económico para actividades en relación a la salud de la madre y el niño, en salud rural, vigilancia y epidemiología e investigaciones operativas significa una inversión del 8% de sus recursos financieros y tiempo del recurso humano del proyecto.

En **el nivel distrital**, el Proyecto destina el 75% de sus recursos a este nivel desarrollando actividades en Cochabamba (Distritos sud-oeste, Capinota, VI Valle, Puna, Sud este, Carrasco Valle, Chapare Trópico), Santa Cruz (Distritos, Chiquitanía Norte, centro y sur y valles cruceños) y La Paz (Distritos altiplano, Valle Norte, Altiplano Sur, Altiplano Valle Sur y Yungas).

Plan de acciones estratégicas. Este Plan tiene como objeto integrar las políticas sociales del Ministerio tratando de conducir los recursos y acciones definidas, en cada uno de los sectores del Desarrollo Humano que están dirigidas a olvidar los problemas prioritarios, especialmente para las poblaciones más vulnerables en las áreas geográficas del país que requieren mayor atención.

Estas acciones consecuentes en salud son el Seguro de Maternidad y Niñez, el Programa Nacional de Control de Vectores, el Programa de Micronutrientes y las Movilizaciones por la Vida y los Derechos Humanos y que son parte de esta estrategia cuya coordinación con los otros sectores, a cargo de la Secretaría de Participación Popular se inicia en la Secretaría Nacional de Salud, a fines de 1995. La movilización por la vida y los Derechos Humanos, aplicación de las manifestaciones de la comunidad de su derecho a la salud, activando los roles de las estructuras institucionales, en vez de que permanezcan pasivas, como hasta entonces se iniciaron en 1983. “Esta estrategia ha dado muchos frutos para la salud en nuestro país y concretamente en nuestra Gestión de Gobierno, ha logrado ser un mecanismo determinante en la reducción de las tasas de incidencia en el caso de sarampión, iniciando en 1994 la etapa de erradicación de esta enfermedad. Esta estrategia ha iniciado definitivamente en el control del cólera y de otros aspectos de la salud²²⁸.

EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE SALUD

En el desarrollo de los Programas de Salud este periodo de la Atención de la Salud en el país cobra particular relevancia por la conversión práctica de atención integrada, sostenida y accesible económicamente a la mujer y a la niñez mediante los dos dispositivos del Plan Vida y el Seguro de Maternidad y Niñez.

EL PLAN VIDA 1994– 1997

Constituye una propuesta social tendiente a la reducción acelerada de la mortalidad materna perinatal y del menor de cinco años planteándose como metas reducción en un 50% de la mortalidad materna y en un 30% la mortalidad perinatal en un plazo de 4 años. Igualmente, en el mismo periodo se planteaba reducir en un 50% el número

²²⁸ Ministerio de Desarrollo Humano. Secretaría Nacional de Salud. Resultados de Gestión

de muertes tanto de los menores de un año como de los menores de 5 años. Para alcanzar dichas metas, se planteaba el fortalecimiento y desarrollo a nivel promocional, distrital y de los municipios de los sistemas de salud integrales para la atención materna, perinatal y los menores de cinco años consistente en habilitar adecuadamente los servicios de salud para cumplir los procedimientos obstétricos ginecológicos, perinatales y pediátricos esenciales, organizados con enfoque de riesgo y perspectiva de género. La implantación paulatina del Plan se habría considerando dos áreas de intervenciones: la intensiva y la extensiva. El área de intervención intensiva estaba constituida por 22 provincias (30 Distritos sanitarios y 14 localidades de 10,000 o más habitantes) seleccionador por su alto nivel de pobreza (entre 50,000 y 100,000 habitantes pobres). El área de intervención extensiva consideraba como recursos a utilizar las maternidades públicas y hospitales pediátricos ubicados en las ciudades sede de las 12 Direcciones Departamentales de Salud, así como los establecimientos de provincias de las proyectos de PROISS, PSF, CCH, PROANDES, AID, UNFHA, GTZ y las ONG's dentro o fuera del área intensiva. Los principales resultados que se esperaban haber conseguido, como resultado de la aplicación del Plan fueron enunciados en los siguientes términos: "haber desarrollado la capacidad gerencial y/o técnicos operativos del personal institucional municipal y comunitario; haber articulado los recursos y esfuerzos comunitarios a través de la participación popular; haber incrementado el acceso a los servicios de salud y nutrición; haber desarrollado el proceso de educación popular en el ámbito de aplicación del plan; haber desarrollado un sistema de vigilancia, monitoreo y evaluación de las actividades del Plan y la vigilancia epidemiológica de la muerte materna y del menor de 5 años²²⁹. Mediante el Decreto Supremo N° 24269 del 18 de abril de 1996 se declaró prioridad nacional la reducción de la mortalidad materna del recién nacido y del niño menor de cinco años y se aprobó el Plan Vida, como instrumento de política de Gobierno. Para la implementación del Plan Vida se constituyó el Comité Nacional por una maternidad segura (D.S. N° 24227) y posteriormente se creó el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, determinando otorgar asistencia a la mujer y al niño dentro de los alcances y características previstas en el Decreto Supremo del 24 de mayo de 1996 (D.S. N° 24303).

PAIS LIBRE DE DESORDENES POR DEFICIENCIA DE YODO

Entre 1992 y 1993 la SNS ha fortalecido las actividades del Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria (CONALSA) que estaba orientada a la prevención de la desnutrición y de los desórdenes producidos por las Deficiencias de Micronutrientes, mediante programas específicos, entre ellos el Programa Nacional de los Desórdenes por deficiencia de yodo, conformado por una comisión integrada por OPS/OMS,

²²⁹ República de Bolivia, Plan Vida D.S. 24227, abril 1996.

UNICEF, Comisión Subregional Andina de Yodo y el Centro Internacional de los Desórdenes por deficiencia de Yodo (DDI) de Ginebra. En Bolivia se llegó a cubrir la demanda de consumo nacional de Sal Yodada, entre otras acciones la cual es de 45 mil toneladas por año, llegando a producirse en 1996 55 mil toneladas. En 1993 esta producción alcanzaba apenas 25 mil toneladas. En la 1ª Conferencia Panamericana de Médicos Parlamentarios (IMPO) llevada a cabo en Santa Cruz, el año 1996 (octubre) el Dr. Hiroshi Nakajima, director general de la OMS, impuso la distinción al Gobierno de Bolivia por haber alcanzado las condiciones requeridas para optar el título de País libre de Desórdenes por deficiencia de Yodo. En otras áreas, mediante el fortalecimiento de alimentos de consumo masivo con la inclusión de determinados micronutrientes se ha venido combatiendo la desnutrición infantil como la materna.

Para el consumo de la vitamina A, que a nivel nacional se ha venido suministrando en cápsulas a la población infantil durante la campaña de vacunación, se ha puesto en ejecución el programa Vitazúcar que consiste en fortificar el azúcar a nivel nacional con la adición de vitamina A; en igual forma en relación del fluor para combatir las caries, se ha diseñado, al igual que en caso del yodo, que se incluya el fluor en la sal de las plantas de Cochabamba, Oruro y La Paz; en relación a la anemia del embarazo se ha continuado con el suministro de sulfato ferroso en el prenatal que ha sido reforzado con el Programa Integral de Control de Anemias Nutricionales, con varias instituciones del poder ejecutivo a iniciativa de la Primera Dama de la Nación.

EPIDEMIOLOGIA Y PROGRAMAS ESTRATEGICOS

Epidemiología y Programas Estratégicos. En el área de control y/o erradicación de enfermedades, a cargo de la Unidad de Epidemiología y Programas Estratégicos que en el pasado fuera la Dirección Nacional de Epidemiología, después del Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles, en el periodo se señalaron los siguientes logros:

La certificación internacional de la erradicación de la Poliomiélitis en Bolivia. La Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis (CICEP) fue creada en 1991 mediante la convocatoria de la OPS/OMS a un grupo de científicos y profesionales de reconocida trayectoria, presidida por el Dr. Frederick Robbins (Premio Nobel de Medicina). En el país en junio de 1993 sobre la base de las recomendaciones de la CIEP se creó la Comisión Nacional con el objeto de analizar el cumplimiento de los criterios de certificación y emitir un informe preliminar sobre los avances realizados. Por entonces se contaba con una red de 265

establecimientos de salud distribuidos en todo el país seleccionados con criterio epidemiológico y que semanalmente notificaban a nivel superior inmediato la presencia o ausencia de casos de parálisis flácida activa (PFA) desde 1991 hasta 1993 el promedio de notificación semanal fue superior al 80%. La comisión tuvo que certificar el cumplimiento de los siguientes criterios: a) notificación semanal negativa oportuna superior al 80%; b) tasa de PFA superior al 1 por 100,000 menores de 15 años; c) más del 80% de los casos de PFA deben tener dos muestras oportunas de heces; d) más de 80% de los casos deben tener muestras de heces de 5 contactos; e) más del 80% de los casos deben ser investigados en las primeras 48 horas desde la notificación .

Bolivia hasta 1997 había cumplido con la aplicación de los indicadores y criterios establecidos para lograr la certificación internacional de la Erradicación de la Poliomielitis.

Control de Sarampión. Se señala en el periodo como uno de los logros fundamentales; el haber bajado la tasa de incidencia de sarampión de 51,6X100,000 en 1993 a 1,32 por 100,000 para fines de 1996; esto debido a que en la cobertura de vacunación anti sarampionosa para 1994 se incluyó por primera vez a los menores de 15 años llegando a un 88% de esa población. Los casos de notificación de sarampión en 1993 fueron aproximadamente de 2000 en 1985 hubo una reducción a 800 casos que nuevamente se incrementaron en 1992 a 4,000 casos. Desde 1993 la declinación de la incidencia ha sido sostenida llegando a 1996 solo 7 casos a nivel nacional.²³⁰

Cólera. En lo que respecta al control del cólera se ha asistido a una disminución sostenida del número de casos acumulados por años desde 1993 que era de 10,290 casos a 2,847 para 1996. La tasa de ataque para esta enfermedad en 1993 fue de 150 por 100,000 habitantes mientras que para 1996 esta ha bajado a 33.6 por 100,000 habitantes gracias a la masiva participación popular en la capacitación de 1490 comunidades de los 9 departamentos del país, lo que ha significado llegar a 1.2 millones de personas con educación para el combate del cólera.

El SIDA y Otras Enfermedades de Transmisión Sexual. El SIDA comenzó a notificarse a fines de 1985. En 1988 se notificaron 30 casos, 2 casos en 1989, 9 en 1990, 17 en 1991 y 8 en 1992. Hasta marzo de 1993 el total de personas registradas como infectadas por el VIH ascendía a 96. Entre las otras enfermedades de transmisión sexual las más frecuentes por su prevalencia son la Gonorrea y la Sífilis. La Gonorrea se registró en 1989-1992 con tasas de 24, 18, 16 y 10 por 100.000 para

²³⁰ Ministerio de Desarrollo Humano. Secretaría Nacional de Salud. Resultados de Gestión 1993-1997, Bolivia 1997.

cada año respectivamente. La notificación de Sífilis en el mismo periodo tuvo tasas de 70, 66, 63 y 44 por 100.000 respectivamente (OPS/OMS. 1994)

En relación a la **Leishmaniasis** enfermedad endémica en las zonas tropicales del país, pro primera vez en Bolivia en el año 1994 se organizó un programa regular para el control de este enfermedad iniciándose la búsqueda de casos sistemáticamente; es así que se observa un incremento de casos observados entre 1993 con 913 a 1996 con 2,288 debido al mejoramiento de los registros y la búsqueda intencionada para la aplicación del tratamiento con la aplicación de Glucantime, remedio específico del que logro disponer de 45,000 ampollas gracias a la colaboración del Gobierno de la República Argentina y aportes de las ONG's que trabajan en áreas endémicas.

Control de la enfermedad de Chagas. La lucha contra la enfermedad de Chagas se inició en 1984 con el apoyo de UNICEF a las movilizaciones populares contra la vinchuca, el aseo de las viviendas y su mejoramiento y la dotación de 66 ítems en el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública para personal de campo. De 1986 a 1992 en la Unidad Sanitaria de Tupiza se puso en ejecución el “Proyecto de Desarrollo Agropecuario Cotagaita San Juan del Oro” contemplando en su componente de salud la lucha frontal contra la enfermedad basada en educación a la comunidad, capacitación comunal, mejoramiento de vivienda y su entorno con material local, ataque químico y vigilancia epidemiológica principalmente en las provincias Modesto Oriente Nor y Sud Chichas del departamento de Potosí. El proyecto abarcó 326 comunidades con 23,417 viviendas donde se reportaron índices de infestación domiciliaria de 4 a 100%, infección humana del 60% y cardiopatía chagásica del 43%²³¹.

Las entidades funcionadoras del proyecto fueron principalmente Programa Mundial de Alimentos (PMA) FIDA-OPEP, Programa Chagas de Jujuy, Argentina. Fondo de Inversión Social y OPS/OMS. En Sucre también se había iniciado acciones de control de la enfermedad en el Proyecto Social Cardenal Mauri, en las provincias Yanparaez y Oropeza, en 25 comunidades, 1380 viviendas con el financiamiento del Convenio Boliviano Británico y Medicus Mundi. En 1990 el Gobierno firmó un acuerdo con el Gobierno de estados Unidos con apoyo económico para el control de vectores, arrancando el programa Piloto de control de Chagas, en el Programa de Salud Infantil y Comunitaria (CCH) con al apoyo de USAID.

En 1991 mediante la Unidad sanitaria de Tupiza y el proyecto “Cotagaita, San Juan del Oro” se organizó el 1º Congreso Nacional y Curso Internacional de Chagas en Tupiza con el auspicio del Ministerio PMA, CCH y OPS/OMS. Para 1992 el Go-

²³¹ Justo Chungara Monzón. La enfermedad de Chagas. Revista Salud Pública Boliviana N° 52, diciembre 199

bierno firmó un convenio con el Programa de Naciones Unidas, creando la Unidad de Gestión para el control de Chagas, UNGECH como proyecto de apoyo al Programa Nacional de Chagas del Ministerio de Salud (Resolución Ministerial N° 0932). Este Programa fue elaborado con las instituciones de cooperación PNUD, PAM, CCH, OPS/OMS. Esta unidad (UNGECH) que no concretó la contra parte nacional, ni realizó ninguna gestión operativa fue cancelada en 1994 y el Programa de Naciones Unidas ONUD, retiró sus fondos. En 1994 se replanteó la estrategia, objetivos y los mecanismos operativos del Programa que fue formulado como Programa Nacional de Control de vectores para Chagas, Malaria, Dengue, Leishmaniasis y fiebre amarilla dependiente de la Dirección Nacional de Epidemiología y Programas Estratégicos de la Secretaría Nacional de Salud, asumiéndose así una visión y concepción integral del control de enfermedades transmitidas por vectores en el país.

En 1997 (21 de junio 1997) se creó el Comité Interagencial de Lucha contra el Chagas que tiene por objeto general el trabajo coordinado de las Agencias de Cooperación al Programa que son el PROIS, FIS, PMA, OPS/OMS, Prefecturas y Alcaldías, Cascos Blancos, Holanda. Los recursos obtenidos y comprometidos al año 1997 ascendían a 26,4 millones de dólares americanos, faltando por funcionar un total de 16,5 millones de dólares americanos.

El Programa de Desarrollo y Fortalecimiento del Sistema de Servicios de salud. Se implantó como una necesidad de incorporar modificaciones substantivas para evitar el deterioro de los servicios de prestaciones de atención y enfrentar una demanda más creciente debido a los seguros materno infantil y de vejez., recientemente incorporados, abarcando principalmente los aspectos de cursos de actualización en organización de establecimientos de salud, acreditación de hospitales e implantación de programas de garantía de calidad, implantación de sistemas de información y administración gerencial; definición de políticas nacionales de ingeniería y conservación de recursos físicos; normalización y desarrollo de manuales, desarrollo de procesos de educación continua en administración y gerencia de hospitales y revisión y actualización del Reglamento General de Hospitales.

El directorio de Hospitales de Bolivia, como un primer paso de la implantación del Programa de Acreditación de Hospitales fue el resultado de la contribución de las 12 Direcciones Departamentales de salud y los Distritos en el llenado de un formulario especial, preparado en la OPS/OMS como modelo Regional para las Américas, completando con la inclusión de los otros establecimientos de salud proporcionado por el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS). Para el año 1997 en cuando a infraestructura de establecimientos de salud, se contaba con la siguiente información: en el país existen 2459 establecimientos de salud; 2007 del sector público

(81.6%) 279 de la seguridad social (11,3%), 11 del sector militar (0,44%) y 169 clínicas privadas (6.87%).

En el Sector Público (Secretaría Nacional de Salud) los 2007 establecimientos constituyen las redes de servicios con 34 hospitales del 3) nivel (1,69%), 63 Hospitales del 2) nivel (3,16%), 776 Centros de Salud (38,6%) 1135 puestos de Salud (56,5%).

En el sector de la seguridad de los 279 establecimientos, 76 son hospitales del 3º nivel (27,9) y 121 son centros de salud o equivalentes (43,3%). El número de camas es de 15,180 de los cuales 8503 están instaladas en el sector público (56,01%); 3,446 en la seguridad social (22,70%); 339 en el sector militar (2,6%) y 2532 en clínicas privadas (18,6%).

En cuanto a la disponibilidad de establecimientos por departamentos y sectores el mayor número de establecimientos se encuentran en La Paz 505 (20,5%) seguidos por Santa Cruz 429 (17,4%), Potosí 383 (15,5%), Cochabamba 357 (14,5%), Chuquisaca 243 (9,8%), Beni 170 (6,9%), Oruro 166 (6,7%); Tarija 156 (6,3%) y Pando 50 (2,03%).

La Acreditación de Hospitales se inició en el país al implantarse en la OPS/OMS el Programa de Garantía de la Calidad de los Hospitales de América Latina y el Caribe a propuesta del Dr. Humberto Moraes de Novaes. El término de “garantía de calidad” fue definido como “una programación local de los servicios de salud que garantiza que cada paciente recibirá atención diagnóstica o terapéutica”, específicamente indicada para alcanzar un resultado óptimo de acuerdo con los adelantos recientes de las ciencias médicas y en relación con la enfermedad principal o secundaria, la edad y el réquiem terapéutico asociado. Para ello, se utilizaría los recursos necesarios con el nivel más bajo de riesgo de lesiones adicionales o incapacidades debidos al tratamiento, obteniéndose la máxima satisfacción de los servicios recibidos, independientemente de si el nivel institucional de atención es primario, secundario o terciario en el nivel local de salud. Así pues el desarrollo del programa de garantía de calidad necesitaba tomar en cuenta los siguientes variables: a) calidad técnica de los profesionales; b) uso eficiente de los recursos; c) reducción al mínimo de los riesgos de lesiones asociadas con los servicios de salud ofrecidos, d) satisfacción del paciente en sus demandas, expectativas y acceso a los servicios de salud y e) un servicio local de salud en el que los servicios intra y extra hospitalarios están coordinados e integrados.

Del estudio y análisis que se hizo en los hospitales público de Latinoamérica con la información recolectada de todos los países, donde el 70% de los hospitales tenían menos de 70 camas y que no resistirían una mínima evaluación para garantizar una

calidad de atención permanente, surgió la necesidad de contar con un modelo de acreditación hospitalaria apropiado para las características de esta región, que sea flexible a fin de adaptarse a las diferencias pronunciadas entre países y regiones.

Este modelo de acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe, formulado por la OPS/OMS y la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLA) sirvió de base para la elaboración de los manuales en los países de la región de las Américas. El modelo abarca todos los servicios de un hospital para el tratamiento de los casos agudos y constituye una guía para servir de ilustración a las Comisiones Nacionales multiinstitucionales cuando elaboren sus propios instrumentos de evaluación. Bolivia fue uno de los primeros países entre Chile, Colombia, Paraguay y Venezuela en programar un Seminario Nacional sobre el tema de acreditación de Hospitales. En 1992 se encargó a un grupo de trabajo constituido por directores de hospitales del sector público, la seguridad social y el sector privado, la adecuación del manual latinoamericano a las condiciones de los servicios hospitalarios nacionales.

Se trató de establecer los patrones *“o sea el nivel de atención práctico o método óptimo esperado por cada servicio y en cada situación”* el patrón inicial sería el límite mínimo de calidad exigido esperando que ningún hospital del país se sitúa por debajo de este nivel, en un periodo determinado de dos años por ejemplo. El resultado de este primer trabajo fue sometido a consideración de una comisión interna de la Dirección de Servicios de Salud del Ministerio y la OPS/OMS sobre cuya base por R.S. N° 0329 de agosto de 1994 se constituyó *“La Comisión Nacional de Acreditación de Hospitales de Bolivia”* integrado por representantes del Colegio Médico de Bolivia, Colegio de Enfermeras Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) Caja Nacional de Salud (CNS) Federación de Instituciones privadas en Salud, Federación de Organizaciones no Gubernamentales (FENASONGS), OPS/OMS y presidida por el Director del Sistema Público de Salud del SNS. Esta comisión convocó a dos reuniones nacionales para la explicación sobre la metodología de la acreditación, la revisión, discusión y aprobación del Manual, que en 1994 se publicó en su primera edición con la cooperación de OPS/OMS.

Mediante R.S. 0785 del 12 de agosto de 1994 se estableció el carácter obligatorio para todos los hospitales, institutos y clínicas del Sistema de Servicios de Salud de someterse a las normas exigidas por el manual y solicitar a la Comisión Nacional, la certificación de la acreditación. La difusión del manual se realizó conjuntamente con el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASME) en sucesivos talleres y cursos de capacitación para evaluadores llegando a capacitar a 40 evaluadores acreditadores de los diferentes servicios. Al mismo tiempo, la OPS/OMS apoyó la Secretaría Nacional de Salud, en la realización de Cursos Modulares de Educación

continúa en administración de Hospitales a cargo del Dr. Hugo Villar, Director del Hospital de Clínicas de Montevideo (Uruguay) en los que se capacitaron aproximadamente 45 funcionarios, médicos enfermeros y administrativos.

Como trabajo práctico en el curso se elaboraron los manuales de Normas y Procedimientos para los Hospitales cuyo personal participó en el curso, logrando así que la mayoría de estos establecimientos de salud, en el periodo que duró el módulo de capacitación, contarán con sus instrumentos normativo correspondiente.

En la primera aplicación del manual de acreditación de Hospitales se extendió certificado de acreditación a ocho hospitales en el país que habría alcanzado los requisitos mínimos esenciales establecidos por la norma. Estos hospitales fueron el Hospital Ivirgazama del Chapare, Hospital Ginecoobstétrico Jaime Sánchez y Hospital Pedro Claver de Sucre, el Instituto de Maternidad Percy Boland de Santa Cruz, el Hospital General de Los Yungas en Coroico, departamento de La Paz, Hospital San Gabriel, Clínica Petrolera Regional de La Paz e Instituto de Gastroenterología Boliviano-Japonés de La Paz. Con la experiencia de esta primera etapa de aplicación de la medición de la calidad de atención en los hospitales, la Comisión Nacional hizo una nueva revisión del Manual publicándose en 1996 la segunda edición aumentada y corregida. Una aplicación de la metodología de acreditación elaboró el Programa de Salud Mental, presentando y editando el Manual de Acreditación para Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Dependientes de Sustancias psicótropas.

INCORPORACION DE NUEVOS RETOS (TEMA VIOLENCIA) EN EL QUEHACER DEL SECTOR SALUD

En relación del Programa estratégico referido a la violencia familiar, la Dra. Dora Caballero, Asesora de la OPS/OMS en el tema, se refiere en los siguientes términos:

“Como consecuencia de los fenómenos de transición demográfica (proceso de urbanización y crecimiento poblacional especialmente dados en el país) si bien se mantiene el perfil de las enfermedades infecciosas y las tasas de mortalidad relacionadas, aparecen cambios en la situación epidemiológica con la emergencia de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión) y problemas de salud pública como el caso de la violencia.

Este problema comienza a abordarse en Bolivia desde el Ministerio de Salud y Previsión Social a partir de 1996, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud. Inicialmente, en el marco de compromisos internacionales y proyectos entre países, la forma violencia intrafamiliar y doméstica de mayor prevalencia es estudiada desarrollándose instrumentos específicos para su atención y prevención desde

un enfoque de articulación multisectorial y con el uso de la perspectiva de género como herramienta para la explicación de su origen.

En 1997, el abordaje del problema violencia familiar y doméstica como asunto de salud pública, es reconocido en la política de salud y enunciado en el Plan Estratégico de Salud 1997-2002. Al comenzar el nuevo siglo –2001-, se destaca dentro del sector, el inicio de un proceso para establecer mecanismos de respuesta a otras formas de violencia intencionales y no intencionales, cuyos resultados serán observados en el próximo decenio.”

LA RED NACIONAL DE INFORMACION EN CIENCIAS DE LA SALUD

En el desarrollo del área programática de administración del conocimiento, el establecimiento de la Red de Información de Ciencias de la Salud, cobra particular importancia con la contribución de la Lic. Susana Hannover, Profesional Nacional – Centro de Documentación de la OPS/OMS:

Bajo auspicios del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información de Ciencias de la salud, antes conocido como Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud – Representación Bolivia (OPS/OMS) y el Ministerio de Previsión Social y salud Pública (MPSSP). En respuesta a lo que se detectó la insuficiencia de la escasez de personal capacitado, servicios deficientes y fundamentalmente la dispersión de la literatura del área de la salud, obligó a crear la Red Latinoamericana y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, teniendo como centro coordinador la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) con sede en Sao Paulo, Brasil. En nuestro país, el 10 de octubre de 1988 se crea la Red Nacional de Información en Ciencias de la Salud ((RENICS), que fue avalada por la Resolución Ministerial N° 1003, con el objeto de presentar mejor información, mediante un sistema de cooperación entre bibliotecas y al profesional de la salud en cualquier nivel y lugar en que se encuentren en el país, designando como Centro Coordinador nacional a la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés y como Centros Cooperantes (CC) las Bibliotecas de la Facultad de Medicina de la UMSS, CENETROP y OPS/OMS en La Paz, para que interactúen con el CCN para coordinar acciones específicas y de acuerdo a su ubicación, desarrollar su propia red regional de modo que, lleguen a los usuarios y ayuden a las Bibliotecas colaboradoras (BC) y a las Unidades Participantes (UP) de su área de influencia que cuentan con recursos físicos y humano más limitados.

Actualmente se encuentra en pleno desarrollo la implementación de la B.V.S. y temáticas para Bolivia, con un Comité Consultivo Nacional que guía la misma.

SEGURIDAD SOCIAL

EL SEGURO NACIONAL DE MATERNIDAD Y NIÑEZ

El Decreto Supremo N° 24303 del 243030 del 24 de mayo de 1996 asegura en el caso particular de la maternidad proporciona a las mujeres gestantes, la necesaria atención médica, quirúrgica, farmacéutica, análisis básicos de laboratorio y atención hospitalaria durante el embarazo, el parto, el puerperio y las emergencias obstétricas.

Los recién nacidos y niños menores de cinco años, recibirán asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria correspondiente en los casos de Enfermedad Diarréica Aguda (EDA) e Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) clasificados como neumonías.

Participan en la gestión del Seguro la Secretaría Nacional de Salud, las Prefecturas, Los Gobiernos Municipales y las Cajas de Salud.

El financiamiento del Seguro corresponde al TGN (partida presupuestaria 10,000) y créditos y contribuciones de origen externo y a los recursos de contrapartida municipal, equivalente al tres por ciento del noventa por ciento de los recursos de Participación Popular (Coparticipación Tributaria) que serán destinados a cubrir los costos de insumos y medicamentos.

Los servicios previstos para la atención de la Maternidad y Niñez, serán prestados obligatoriamente por todos los Centros de Salud Pública y de la Seguridad Social, así como por establecimientos que siendo dependientes de las ONG's y de la Iglesia, ingresen en el Sistema del Seguro, mediante convenios específicos. La administración del Seguro estará a cargo de la Dirección Local de Salud (DILOS) en los respectivos municipios²³².

Las principales actividades que se llevaron a cabo bajo la Dirección de salud de la Mujer y el Niño se pueden sintetizar en Formulación de Normas, políticas, estrategias y proyectos, capacitación de recursos humanos, desarrollo de servicios e investigación y vigilancia epidemiológica.

Con el apoyo de UNFPA, OPS/OMS, USAI, UNICEF y MOTHER CARE se llevó a cabo un proceso de producción y difusión de normas técnicas, protocolos para las intervenciones básicas de la atención integral de la mujer y el niño, así como la

²³² República de Bolivia. Decreto Supremo n° 24303. Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, 24 de mayo 1996.

revisión de los contenidos en los instrumentos de planificación estratégica y su evaluación; mediante convocatorias públicas, se logró la participación de sociedades científicas y equipos privados consultoras en la elaboración de 50 protocolos de atención a la mujer, el recién nacido y el menor de cinco años en hospitales de tercer nivel, centros de salud y establecimientos de salud del segundo y tercer nivel, asumiéndose como norma por el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, para la prestación de servicios.

La capacitación de los recursos humanos para la ejecución de los programas del área de la madre y el niño, en sus diferentes proyectos ha sido multidisciplinaria principalmente; para licenciados de enfermería se ha realizado un curso de post grado en obstetricia y perinatología de 6 meses de duración, en la escuela de enfermería de la unidad de San Juan de Cochabamba; con el apoyo de UNICEF se logró implementar siete centros de capacitación clínica para la atención del niño en los hospitales obrero y del niño de La Paz, Hospital Marcio Ortíz y Hospital Japonés de Santa Cruz, Hospital Germán Urquidi de Cochabamba, Hospital Santa Bárbara de Sucre y Hospital San Juan de Dios de Oruro habiéndose llegado a capacitar 820 funcionarios de las Direcciones Departamentales de Salud, entre médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería. Se desarrollaron 9 centros de capacitación de salud reproductiva en la Garita de Lima, San Gabriel, Hospital Percy Boland, G. Urquidi, Hospital de la Mujer Daniel Bracamonte, San Juan de Dios de Tarija, San Juan de Dios de Oruro con la cooperación de UNFPHA habiéndose capacitado en 252 cursos 1,364 profesionales de salud entre médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, internos y residentes.

Gracias a la cooperación de UNFPA, USAID, UNICEF, OPS/OMS, Cooperación Sueca se ha logrado el desarrollo de los servicios hospitalarios pediátricos y maternidades con el equipamiento necesario y el fortalecimiento gerencial y operativo de los servicios, con equipos de información, comunicación y transporte. Para la atención del niño se proveyó entre 1994 y 1995 de 6,700,000 sobres de vida (SRO) 10,451,336 tabletas de cotrimoxazol; 40,000 tabletas de doxiciclina, 1,036,000 tabletas de paracetamol y 10,000 sueros. Para apoyar las intervenciones en favor de la mujer se distribuyeron gratuitamente equipos, suministros y medicamentos de detección de cáncer cérvico uterino para aproximadamente 80,000 mujeres para la atención de 30,000 partos en servicio, 12,000 cesáreas y para 20,000 partos en domicilio. En Planificación familiar se ha dotado a los servicios de 406,200 piezas de TCU, 144,800 ciclos píldoras y 909,000 condones junto a la orientación para el uso de métodos tradicionales.

En el campo de la investigación y la vigilancia se logró la formulación y aprobación del Modelo de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Perinatal que

permite identificar, notificar, medir y determinar las causas de la mortalidad materna y perinatal para formular acciones de prevención. Con este objetivo ha sido conformado el Comité Nacional Técnico para el análisis de la mortalidad materna y perinatal, integrado por representantes de la Secretaría Nacional de Salud, Asuntos de Género, Registro Civil, Instituto Nacional de Estadística y Sociedades de Ginecología Obstetricia y Pediatría.

La salud sexual y reproductiva, como componente clave del desarrollo humano porque las personas que deciden libre y conscientemente sobre su cuerpo y su capacidad reproductiva son las que mejores oportunidades tienen de enfrentar los retos del crecimiento con equidad, ha sido reconocida por Bolivia junto a 180 países reunidos en el Cairo (1993).

Como resultado de estas acciones que ha tenido sustantivo apoyo de la cooperación internacional, en el periodo se han podido observar determinados logros, entre 1993 y 1996 las coberturas de atención prenatal a nivel nacional han subido de 61% al 81% de las mujeres embarazadas lo que significa un crecimiento de cerca del 33%. El porcentaje de mujeres embarazadas que consultan cuatro veces antes del parto, también se ha incrementado en el mismo periodo de 21% a 31% o sea un crecimiento del 50%. El Servicio Nacional de Salud en 1993 atendía al 22% de los partos esperados en 1996 atendió cerca del 30%. Antes de implantar el Plan de Vida y el seguro, las prestaciones de planificación familiar eran esporádicas y nada significativas; en 1993 apenas se atendían 12,000 usuarios nuevos y otro tanto de reconsultas en todo el país; en 1996 se habían superado los 88,000 usuarios nuevos y otro tanto de reconsultas. La Toma de muestra y el procesamiento de Papanicolau llegó a ser parte de las prestaciones regulares de los servicios habiéndose incrementando el números de tomas de 17,000 a 79,000 en los cuatro años de referencia.

En el caso de la atención del niño también se registraron significativos logros. La proporción aproximada de consulta pediátrica al 52% de los niños menores de cinco años subió en el Sistema de Servicios de Salud al 66% en un crecimiento del 25%. Consecuentemente las coberturas de vacunación al menor de un año y al grupo de uno a cuatro subieron en más de 80% en la mayoría de las inmunizaciones (DPT, Polio, Sarampión, BGC).

EL SEGURO NACIONAL DE VEJEZ

La otra prioridad nacional establecida se refiere a las personas de la tercera edad, para quienes mediante el Decreto Supremo N° 24365 (23 de agosto de 1996) se instituye el Programa Nacional de Apoyo y Protección de la Tercera Edad (mayores de 65 años) en las áreas de salud, educación, asistencia legal y servicio social. Me-

diante esta disposición se otorgará atención médica gratuita a todos los mayores de 65 años que no cuenten con recursos económicos; la atención será prioritaria y selectiva en servicios ambulatorios y hospitalización; el Ministerio de Justicia a través de la Defensa Pública prestará asistencia técnica gratuita; el Ministerio de Gobierno creará la Unidad de Protección a las personas de la Tercera Edad; la Secretaría Nacional de Educación, la Secretaría Nacional de Asuntos Étnicos, de Género y Generacionales del Ministerio de Desarrollo Humano, promoverán programas de capacitación en gerontología y geriatría, formando recursos humanos y capacitación, información y recreación de las personas de la tercera edad; la Secretaría Nacional de Servicio Social facilitará su acceso a los servicios sociales en el ámbito de su competencia.

A través del Seguro Nacional de Vejez se tenía previsto acoger a 240 mil personas en todo el país lo que significa un incremento del 10% en la cobertura de la Caja Nacional en lo que respecta a la prestación de servicios de salud. El Decreto Supremo 24448 de diciembre de 1996 para hacer efectiva esta disposición instruye la aplicación a través de los Gobiernos Municipales quienes con el pago de una prima anual de 41 dólares por persona provenientes de la Lotería Nacional de Beneficencia y Salubridad, inscribirán a todas las personas mayores de 65 años de su jurisdicción, en la Caja Nacional como asegurados.

LA SEGURIDAD SOCIAL A PARTIR DE 1987

Al ingresar al país a la economía de mercado del neoliberalismo impuesta por el Gobierno mediante el D.S. 21637 de 1987 la Seguridad Social se reestructuró sufriendo modificación en su estructura y funciones.

En lo administrativo la responsabilidad de la seguridad social se divide asignando el Régimen a largo plazo que las prestaciones de vejez, invalidez, muerte y riesgo profesional a largo plazo, al fondo de pensiones y el régimen a corto plazo de enfermedad, maternidad y riesgo profesional a corto plazo a las Cajas de Salud. La Ley de Ministerios modifica la estructura administrativa del Instituto Boliviano de Seguridad Social IBSS creando la Secretaría Nacional de Pensiones, dependiente del Ministerio de Desarrollo Económico y Hacienda atribuyendo las funciones del IBSS referidos a las prestaciones de largo plazo; las funciones del ex IBSS a corto plazo pasan a depender del Ministerio de Desarrollo Humano. El 15 de enero de 1994 mediante el D.S. N° 23716 de 15 de enero de 1995 se determina la creación del Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) con Facultades para implantar normas y controlar los seguros de enfermedad, maternidad, riesgo profesional a corto plazo y asignaciones familiares. Así fue institucionalizado el INASES, constituido por un Directorio conformado por un Presidente y cuatro vocales, una direc-

ción ejecutiva , tres departamentos operativos técnicos, de registro, desarrollo y fiscalización.

En el campo de la aplicación de los seguros de corto plazo se tendió a la ampliación de la cobertura con los seguros voluntarios.

En los últimos años la disminución de la población protegida fue constante, llegando en 1989 a un 18.94% de cobertura en relación al total de la población, comenzando un proceso de incremento que en 1990 llegó al 19,82%.

En relación al financiamiento el principal cambio fue el de la cotización de los seguros a corto plazo al 10% como cotización patronal. Para el régimen a largo plazo básico, el aporte patronal fue de 4,5%; el laboral 2,5% y el estatal 1%.

Se determinó como aporte patronal el 1% de los Fondos Complementarios de los riesgos profesionales a largo plazo.

Para el periodo, en relación de las entidades gestoras, se tenían 7 Cajas de Salud: Nacional, Petrolera, Ferroviaria, de la Banca Privada, de la Banca Estatal, de la Corporación de Desarrollo y del Servicio Nacional de Caminos. Diez Seguros integrales que administran y otorgan prestaciones en el área de salud y largo plazo complementario, de carácter autónomo y con legislación especial, seguros sociales universitarios de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, Sucre, Oruro, Potosí, Tarija, Trinidad y Corporación de Seguro Social Militar (COSSMIL) y 26 Fondos Complementarios sectoriales: de la administración pública, municipal de La Paz, Comercio y R.A., profesionales de la minería, minero, Yacimientos Petrolíferos Fiscales Bolivianos, Médico y R.A., Aeronáutico Nacional, Caja Petrolera de Salud, Construcción, Banca Estatal, Banca Privada, Magisterio, Fuerza Aérea Boliviana, ferroviaria Red Oriental, Municipal de Santa Cruz, Cordecruz, Metalúrgico, Municipal Cochabamba y Fondo de Pensiones del Poder Judicial.

AGRADECIMIENTOS

A la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la persona de su representante el Dr. José Antonio Pagés, por la acogida a nuestra iniciativa y la publicación de este libro.

A la Sociedad Boliviana de Salud Pública representada por su Coordinador General, el Dr. Manuel Nacif y la Secretaria Ejecutiva, Lic. Eunice Zambrana, por poner a nuestra disposición la colección de la Revista Salud Pública Boliviana y permitirnos el acceso a archivos y documentación.

Al Dr. Rolando Costa Arduz por sus publicaciones, Antecedentes y desarrollo de la legislación sanitaria en Bolivia, Historia del Ministerio de Salud y Previsión Social y la revista Crónica Aguda, que nos ha permitido contar con una fuente valiosa de consulta y referencias.

Al Dr. Wálter Arteaga por su trabajo de revisión y la generosidad de su prólogo.

A los siguientes profesionales de las ciencias de la salud: Dr. José Ignacio Carreño, Dr. Percy Halkyer, Dr. Alfredo Calvo A., Dr. Angel Garrón, Dra. Dora Caballero, Dr. José Luis Zeballos., Dr. Mario Pantoja, Dr. Juan Carlos Capra, Lic. Gabriel Arteaga, Dr. Gregorio Loza V., Dr. Jorge Auza, Dr. José Ruiz, Dr. Manuel Nacif, Lic. Susana Hannover, Lic. Zulema Lozano, Dr. Raúl Mendoza, Ing. Waldo Peñaranda, por sus aportes y contribuciones.

Al Dr. Emilio Pardo Navarro por su cálido estímulo y la preparación y presentación del material para su publicación.

FUENTES DE CONSULTA Y REFERENCIA

- Abecia, B.V. *El Senado Nacional*. Bosquejo histórico parlamentario. Tres tomos. Imprenta del Senado. La Paz, Bolivia. 1994.
- Abecia, Valentín Ayaviri. *Datos sobre la medicina y su servicio en Bolivia*. 1906. Reproducción Costa Arduz.
- Alvarado, Alcides. *La Constitución y sus Reformas*.
- Arguedas, A. *Obras Completas*. Aguilar México. Impresiones Modernas. México. D.F. 2 tomos, 1952.
- Arteaga, C.W. *Ciencias Médicas. Monografía de la Historia de la Medicina en Bolivia*, en “Esta es Bolivia”. 352-357. Presencia en el Sesquicentenario de Bolivia. La Paz, Bolivia. 1975.
- Balcazar, J.M. *Epidemiología Boliviana*. La Paz, 1946.
Historia de la Medicina en Bolivia. Ediciones Juventud. La Paz, Bolivia. 1956.
- Baptista, G.M. *Historia contemporánea de Bolivia*. Fondo de Cultura Económica. México, 1996.
- Braun L, Antonio *Salud Pública en Bolivia. Historia y perspectiva de la salud pública en Bolivia*. La Paz, 1989.
- Bravo, C. *Hospitales de La Paz. Datos históricos*. Imprenta de La Razón. La Paz, Bolivia. 1985.
- Cáceres, B.P. *El Senado Nacional (Album)*. Bosquejo histórico parlamentario. 1825 – 1925. Litografía e Imprentas Unidas. La Paz, Bolivia. 1925.
- Campero, P.F. (Coordinador). *Bolivia en el siglo XX – La formación de la Bolivia contemporánea*. Editorial Harvard Club Bolivia. La Paz. Bolivia, 1999.
- Coordinadora de la Historia. (Editora). *Historias bajo la lupa. La Guerra Federal*. La Razón. La Paz. Bolivia, 1995.
- Costa, A.R. *Historia del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social*. Prisa Ltda. La Paz, Bolivia. 2000.
- Costa, A.R. *Antecedentes y desarrollo de la legislación sanitaria en Bolivia*. Editores OPS/OMS Bolivia. Prisa Ltda. La Paz, Bolivia. 1992.
- Costa, Arduz, Rolando. Ed. *Crónica Aguda*.- La Paz: SERCOS, 1988-1991.
- Crespo, R.A. y Kent. S.M.L. (Coordinadores). *Bolivianos en el tiempo*. Seg. Edic. Instituto de Estudios Andinos y Amazónicos. La Paz. Bolivia, 1998

- Díaz, M.P. *Historia de Bolivia*. Saavedra – 1920. 1925 – Alfonso Tejerina Editor. La Paz. Bolivia, 1954
- Díaz, M.P. *Historia de Bolivia*. Guzmán. Siles. Blanco Galindo – 1925.1931 – Gisbert y Cia. S.A. Libreros. Editores. La Paz, Bolivia. 1955.
- Díaz, M.P. *Historia de Bolivia*. Salamanca. La Guerra del Chaco. Tejada Sorzano. –1931.1936.- Gisbert y Cia. S.A. Libreros. Editores. 1955
- Díaz, M.P. *Historia de Bolivia*. Toro. Busch. Quintanilla. –1936.1940.- Editorial Juventud. La Paz, Bolivia. 1957.
- Díaz, M.P. *Historia de Bolivia*. Peñaranda. –1940.1943.- Editorial Juventud. La Paz, Bolivia. 1958.
- Ferrufino, Carlos. *El servicios cooperativo interamericano de Salud Pública, cuna de la salud pública en Bolivia*. Revista Archivos bolivianos de historia de la medicina. Volumen 3, N° 2. Prisa Ltda. La Paz, Bolivia. 1997.
- Finot, E. *Nueva Historia de Bolivia. Ensayo de interpretación sociológica*. Fundación Universitaria Patiño. Imprenta López. Bs. As. 1946.
- Garrett, Jorge A. *Historia de la Medicina en Santa Cruz*. 1992.
- Guzmán, Augusto. *Historia de Bolivia*. Los Amigos del Libro. Cochabamba, Bolivia.
- Ibañez Benavente, Abelardo. *Sed y Salud en el Chaco*. La Paz, Bolivia. 1967.
- Loza Balsa, Gregorio. *Legislación sobre la salud en orden alfabético y temático con un resumen de cada una de las disposiciones 1825-1993*. La Paz. OPS. 1994.
- Marof, T. *Radiografía de Bolivia*. Edición póstuma. Publicaciones de A. Paredes Candia. La Paz, Bolivia. 1952.
- Marof, T. *La tragedia del altiplano*. Buenos Aires, 1952
- Mendizabal Lozano, Gregorio. *Análisis esquemático sobre la evolución de la atención en salud*. Revista Salud Pública Boliviana, año XXIII en° 43, 1985.
- Mendizabal Lozano, Gregorio. *Contexto histórico de la planificación de la salud en Bolivia*. Tema desarrollado en el curso de Planificación en Salud del Proyecto de Desarrollo de Servicios de Salud del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y el Banco Mundial. Cochabamba, 1989.
- Mendizabal Lozano, Gregorio. *Historia de los hospitales en Bolivia*. Reseña en el “Manual de acreditación de hospitales de Bolivia”. Secretaría Nacional de Salud y OPS/OMS. Primera edición, 1994 y segunda edición 1996.
- Mendizabal Lozano, Gregorio. *Antecedentes de la creación de hospitales y administración hospitalaria en Bolivia*. Archivos Bolivianos de Historia de la Medicina. La Paz, Bolivia. Volumen 1 en° 1, mayo 1995.

- Mendizabal Lozano, Gregorio. *Evolución del sistema de los servicios de salud en Bolivia*. AIS, Bolivia. 1989.
- Mendizabal Lozano, Gregorio. *La OPS en Bolivia. Comienzos*. Las orientaciones estratégicas a través de las épocas de la Revolución Nacional, los gobiernos militares y la apertura democrática. Revista Salud Pública Boliviana, año XXXII, en° 53. 1993.
- Mendizabal Lozano, Gregorio. *Desarrollo de la infraestructura de servicios de salud*. Revista Salud Pública Boliviana, año XXXII en° 52. 1993.
- Mendizabal Lozano, Gregorio. *Historia de la Sociedad Boliviana de Salud Pública*. Revista Salud Pública Boliviana, año XXXII, en° 53. 1993.
- Mendizabal Lozano, Gregorio. *Los higienistas en la historia de la medicina en Bolivia*. Archivos Bolivianos de la Historia de la Medicina. Volumen 1, en° 2. 1995.
- Mendizabal Lozano, Gregorio. *Enseñanza de la salud pública en la década de los 60*. Revista Salud Pública Boliviana, año XXXIII, en° 5. 1995.
- Mendizabal Lozano, Gregorio. *Organizaciones estatales de lucha contra la tuberculosis*. Archivos Bolivianos de la Historia de la Medicina. Volumen 2, en° 1, marzo abril. Prisa Ltda. 1996
- Mendizabal Lozano, Gregorio. *De las Juntas de Sanidad a los Directorios Locales de salud*. Bosquejo histórico sobre el desarrollo del Sistema de Servicios de Salud en Bolivia. Archivos Bolivianos de Historia de la Medicina, volumen 3, en° 2. Prisa Ltda. 1997.
- Mendizabal Lozano, Gregorio. *Las políticas de salud y la legislación sanitaria en Bolivia*. (Las orientaciones estratégicas y programáticas y la planificación de la salud y formulación de políticas). Documento de trabajo elaborado para el Proyecto de Formulación de la Ley de Salud, acuerdo con la Primera Vicepresidencia del Senado, IMPO, Ministerio de Salud y Previsión Social, Naciones Unidas y Asesoría OPS/OMS, 1998.
- Mendizabal Lozano, Gregorio. *El sistema de salud en Bolivia, su desarrollo, evolución y análisis actual del Sistema*. Tema desarrollado en la Maestría de Alta Gerencia y Políticas de Salud. CEDEJES, UMSS, OPS/OMS, Secretaría Nacional de Salud. Cochabamba, 1999.
- Mendizabal Lozano, Gregorio. *Veinte años después de la Declaración de Alma Ata*. Bosquejo histórico de la conceptualización de Salud y Desarrollo. Archivos Bolivianos de la Historia de la Medicina, volumen 4, en° 8. Prisa Ltda. 1998.
- Mendizabal Lozano, Gregorio. *La atención primaria de salud y salud para todos. Orígenes y evolución*. Trabajo presentado en las jornadas sobre Medicina Humana

nizada y Bioética en la Academia Boliviana de Medicina. Publica en AIS, octubre, 1999.

Mendizabal Lozano, Gregorio. *Bosquejo histórico de la Sociedad Boliviana de Salud Pública*. Su origen, funciones y organización. Archivos Bolivianos de Historia de la Medicina. Volumen 5, en° 10. Prisa Ltda. 1999.

Mesa, J. – Gisbert. T. – Mesa. G.C.D. *Historia de Bolivia*. Segunda Edición Corregida y Aumentada. Edit. Gisbert y Cia. S.A. La Paz. Bolivia, 1998.

Mesa Gisbert, C.D. *Presidentes de Bolivia: entre urnas y fusiles*. La Paz, 1990.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Pro salute novi mundi. *Historia de la Organización Panamericana de la Salud*. – Washington: OPS, 1992.

Organización Panamericana de la Salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.- Washington: OPS, 1902-1996.

Organización Panamericana de la Salud. Revista Panamericana de Salud Pública.- Washington: OPS, 1997-2002.

Organización Panamericana de la Salud. Informe anual del Director.- Washington: OPS, 1920-2002. (Serie: Documento Oficial).

Organización Panamericana de la Salud. *Condiciones de salud en las Américas*.- Washington: OPS. 1956-1994. (Serie: Publicación Científica).

Oropeza Ruffo Delgado. *El derecho a la salud en las Américas*. Bolivia. Publicación científica OPS/OMS – 1989.

REVISTAS Y OTRAS PUBLICACIONES

- Revista del Instituto Médico Sucre. Sucre, Bolivia.
- Revista de Bacteriología e Higiene. La Paz, Bolivia.
- Suplementos del Instituto Nacional de Bacteriología. La Paz, Bolivia.
- Archivos Bolivianos de Historia de la Medicina. La Paz, Bolivia.
- Revista Boliviana de Historia de la Medicina. Cochabamba.
- Crónica Aguda. Tribuna de cultura médica. La Paz, Bolivia.
- 100 personajes del siglo XX. La Razón.
- La Revolución Nacional. Monografía publicada por La Razón.

Sigerist, Henry. *Hitos de la historia de la salud pública*. Siglo Veintiuno Editores. México. 5a. edición. 1993.

Sociedad Boliviana de Salud Pública. Nacif. Manuel (Coordinador) *“Historia y perspectiva de la salud pública en Bolivia”*. La Paz, Bolivia.

Vásquez, M.H. De Mesa J. – Gisbert. T. *Manual de Historia de Bolivia*. Gisbert y Cia. S.A. La Paz, Bolivia. 1983. Seg. Edición.

