

Rogelio Bermejo Ortega y el desafío de la atención primaria de salud en el Perú

Rogelio Bermejo Ortega and challenge of primary Health care in Peru

Carlos Bustíos^{1,a}, Juan Pablo Murillo^{1,b}

¹ Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

^a Doctor en medicina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6958-6076>

^b Médico cirujano. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3710-2804>

Correspondencia:

Juan Pablo Murillo

jmurillop@unmsm.edu.pe

Recibido: 21 de febrero 2023

Aprobado: 23 de marzo 2023

Publicación en línea: 27 de marzo 2023

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Fuente de financiamiento: Autofinanciado.

Contribuciones de los autores: Los autores participaron en la concepción del estudio, recopilación y análisis de datos, redacción del manuscrito, así como la probación de la versión final de publicación del artículo.

Citar como: Bustíos C, Murillo JP. Rogelio Bermejo Ortega y el desafío de la atención primaria de salud en el Perú. *An Fac med.* 2023;84(1):110-116. DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v84i1.25036>.

An Fac med. 2023;84(1):110-116./ DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v84i1.25036>.

Resumen

La publicación de este artículo historiográfico tiene dos objetivos: El primero, es el de rendir un homenaje a la trayectoria de vida del médico sanfermandino Rogelio Bermejo Ortega, uno de los pioneros peruanos de la sanidad rural, de la participación comunitaria y del trabajo intersectorial en el desarrollo del bienestar general. El segundo, efectuar a partir de su trayectoria de vida, un primer análisis crítico del proceso de implementación de la Atención Primaria de Salud (APS) en el Perú, a partir de las observaciones consignadas en su obra «La Atención Primaria de Salud en el Perú». Rescatamos algunos elementos para sustentar –en estos años de crisis general– una reforma del sistema de salud, orientada de manera auténtica al logro de la «salud para todos y por todos» en el Perú.

Palabras clave: Atención Primaria de la Salud; Reforma de la Atención de Salud; Historia; Perú (fuente: DeCS Bireme)

Abstract

The publication of this historiographical article has two objectives: The first is to pay tribute to the life trajectory of the sanfermandino doctor Rogelio Bermejo Ortega, one of the Peruvian pioneers of rural health, of community participation and intersectoral work in the development of general welfare. The second, to carry out from his life trajectory a first critical analysis of the implementation process of Primary Health Care (PHC) in Peru, based on the observations stated in his work "Primary Health Care in Peru". Rescuing some elements to sustain—in these years of general crisis—a reform of the health system, oriented in an authentic way to the achievement of "health for all and per all" in Peru.

Keywords: Primary Health Care; Health Care Reform; History; Peru (Source: MeSH NLM)

INTRODUCCIÓN

Desde su fundación republicana, en el Perú existen grandes desigualdades ⁽¹⁾. En el caso de quienes trabajaron en salud pública en el siglo XX, el estudio de cómo los primeros sanitaristas enfrentaron dicho desafío es una oportunidad para recoger experiencias, asimilar enseñanzas que eviten repetir errores, así como meditar críticamente sobre cada paso dado y los que se darán en un futuro previsible ⁽²⁾. También es una oportunidad para rendir homenaje a los pioneros, líderes y forjadores de la salud pública que entregaron, sin esperar alguna recompensa material, sus pensamientos, inteligencia, preparación y sus acciones cotidianas para tratar que las instituciones sanitarias evolucionen, se renueven y progresen al ritmo de los avances de la ciencia, la técnica y especialmente, la justicia social. Uno de esos personajes fue el sanitarista peruano Rogelio Bermejo Ortega.

El estudio de la biografía y trayectoria profesional de personajes o líderes destacados, nos permite conocer la complejidad del contexto socio-político de una época y su influencia en la construcción y funcionamiento de los espacios institucionales, donde Bermejo desarrolló sus principales contribuciones a las políticas públicas en salud, lo cual nos permite reconstruir ⁽³⁾, desde una perspectiva histórica: los marcos de referencia y los alcances de las acciones del estado peruano a fin de desplegar acciones de salud en los territorios.

La trayectoria de vida, las acciones y reflexiones desarrolladas por Rogelio Bermejo nos permiten entender la forma como se introdujo, se fue construyendo e implementando la Atención Primaria de Salud en el Perú ⁽⁴⁾. La Atención Primaria de Salud mereció un especial compromiso por parte de los sanitaristas de la generación de Bermejo, en vista de su potencial utilidad para expandir la cobertura sanitaria a nivel de los territorios. En ese sentido, el objetivo de este estudio es realizar una primera aproximación a partir de la experiencia de vida y obra del Dr. Julio Bermejo al proceso de implementación de la Atención Primaria de Salud en el Perú.

Trayectoria de vida de Rogelio Bermejo Ortega (1923 - 2018)

Rogelio Bermejo Ortega fue un médico puneño de origen aimara, nacido en el año 1913 en la ciudad de Ilave, departamento de Puno, y falleció en el 2018 en Lima, a los 95 años. Fue distinguido por la comunidad sanitaria de su época como la persona más calificada en el Perú para tratar los temas vinculados con la sanidad rural y la «Atención Primaria de la Salud» (APS). Dicha distinción estuvo avalada por sus investigaciones y experiencias acumuladas en una vida comprometida con la búsqueda permanente de respuestas auténticamente nacionales a los problemas de salud en la ruralidad del país.

Rogelio Bermejo realizó sus estudios primarios en el Centro Escolar 895 de Ilave y los secundarios en el Colegio Nacional de San Carlos de Puno; en este último, tuvo como profesor al Dr. José Marroquín Calderón uno de los pioneros de la sanidad rural en el Perú. Luego, a través de sus estudios universitarios, obtuvo en 1950 el grado de bachiller y el título de médico cirujano en la Facultad de Medicina de San Fernando de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Posteriormente, durante sus estudios de posgrado en Salud Pública obtuvo el título de médico sanitarista en la Facultad de Higiene y Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo, Brasil (1958). Obtuvo el grado de Doctor de Medicina en 1973, con la tesis «La Atención de la Salud en el Área Rural del Perú», y luego el título de especialista en Administración de Salud en la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH).

Bermejo mostró interés por el desarrollo de la sanidad rural, la descentralización de los servicios de salud y la planificación estratégica. Obtuvo diplomas de capacitación en estos temas en cursos efectuados en el Perú, Argentina, Chile y Venezuela. Así mismo, realizó visitas de estudio a Venezuela (Medicina Simplificada), Ecuador (Misión Andina) y México; así como al Servicio Departamental de Ica y al Centro de Medicina Preventiva del Rímac, en la ciudad de Lima.

Inició su brillante carrera en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

(MSPAS) como médico viajero y jefe de la Campaña de Control del Tifus-Viruela del Servicio Departamental de Puno, comandó tres brigadas de vacunadores y técnicos de aplicación de insecticida (DDT) entre 1952-1955. Luego ocupó, por sus méritos, los siguientes cargos: médico jefe del Servicio Departamental de Puno (1955-1957); médico jefe del área de salud de Puno (1957-1969). Bajo su conducción se concretó en las heladas latitudes altiplánicas una organización sanitaria departamental, cuyos ejes centrales fueron las ideas de participación comunitaria, promovidas por Núñez Butrón, así como las de medicina simplificada y de la acción intersectorial, coincidentes con las que en el futuro orientaría a la APS. Durante su gestión fue elaborada el Manual de Normas y Procedimientos para los Puestos de Salud de Puno, que sería traducido en francés por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un ejemplo a seguir en sanidad rural. Después de trabajar 17 años en Puno, Bermejo fue promovido al nivel central del MSPAS, donde ocupó el cargo de director de supervisión en Lima (1969-1972).

En abril de 1974, Bermejo ingresó por concurso a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como consultor de salud rural y de servicios de salud; actuando como funcionario internacional en Paraguay y Bolivia hasta 1983; año, en que se jubiló en esta organización, al cumplir los 60 años. De vuelta al Perú, Bermejo laboró en el Ministerio de Salud (MINSU) como director general adjunto de la Dirección General de Servicios, a cargo del Proyecto de Atención Primaria y Servicios de Salud (1983-1985) y del Programa de Supervivencia Infantil (1986). Además, desde 1986 cumplió labores docentes en el programa académico de Salud Pública de la UPCH, en temas vinculados con los proyectos académicos relacionados con la atención primaria y la planificación estratégica de salud. En 1993, al cumplir 70 años, se jubiló en dicha universidad. Desde entonces realizó, hasta los últimos días de su vida terrenal, consultorías en salud pública y se dedicó a escribir sobre sus experiencias ⁽⁵⁾.

En 1968, presentó en el III Congreso Nacional de Salud Pública, organizado por la Sociedad Peruana de Salud Pública,

su ponencia: La atención de la población rural en el área de salud de Puno. Bermejo fue autor de cinco libros y coautor de tres y de múltiples artículos sobre salud pública, en los cuales demostró ser uno de los principales estudiosos de los aportes de Nuñez Butrón a la sanidad rural. Entre sus libros destacan dos, escritos en el ocaso de su existencia. El primero «La Atención Primaria de Salud en el Perú» (2008), obra de carácter enciclopédico, donde desarrolla la historia de esta modalidad de atención comunitaria de la salud en nuestro país. El segundo, complementario del anterior, denominado «Los caminos de la Salud Pública: un testimonio de parte» (2014), libro donde describe experiencias durante sus siete décadas como sanitarista.

Fue miembro de diversas sociedades médicas y científicas. Tuvo diversos galardones como la Distinción Honorífica y Medalla al Mérito (2000), y la Medalla al Mérito Paz Soldán (2001), otorgadas por el Colegio Médico del Perú y la Academia Peruana de Salud, respectivamente. El 2006, como miembro titular de la institución «Consultores Internacionales en Salud», presidida por David Tejada de Rivero, participó en la formulación de una propuesta para un proceso de reforma de la salud en el Perú.

Bermejo y la atención primaria de la salud en el Perú

La visión de Rogelio Bermejo de la APS está plasmada en su libro sobre este tema, que constituye un notable esfuerzo de recopilación, tanto de las diversas experiencias locales realizadas en el país antes de la conferencia de Alma-Ata, como una sistematización de la conferencia y las diversas consecuencias de la aplicación de sus preceptos en el Perú.

Bermejo señala la importancia del análisis los factores restrictivos del acceso a los servicios de salud para instrumentar las medidas que permitan superarlos dentro de enfoques acordes con la realidad local; factores de carácter geográfico, económico, sociocultural, funcional y tecnológico. Con relación a los de carácter geográfico (territorial), el autor escribió lo siguiente:

«La inaccesibilidad geográfica, caracterizada por la dispersión de la población

en pequeños conglomerados, con barreras naturales (ríos, montañas, desiertos, bosques); ausencia o escasez de vías de comunicación frecuentemente interrumpidas por lluvias u otros fenómenos que obligan a viajes prolongados o difíciles, además de la utilización de medios de transporte tradicionales (a caballo, en carretas, en lanchas, etc.). En algunas áreas suelen encontrarse grupos humanos asentados en lugares ecológicamente incompatibles con el desarrollo humano y las comunidades viables. Para superar estas restricciones deberá emprenderse múltiples actividades relacionados con el desarrollo vial, aperturas de caminos de integración, con participación activa de la población...»⁽⁶⁾.

Atención primaria de la salud en el Perú antes de Alma-Ata. Iniciativas personales e institucionales

En la primera parte de su libro «Historia de la Atención Primaria en el Perú», Bermejo describe el origen y comenta los resultados de las más importantes iniciativas personales o institucionales que se aplicaron en el Perú para impulsar la participación comunitaria, la descentralización y la acción intersectorial en el cuidado de la salud colectiva, antes que se concretara la institucionalización del concepto de APS. Bermejo listó las iniciativas desarrolladas en el Perú previas a la conferencia de Alma-Ata (Tabla 1).

De todas ellas, Bermejo destaca la del Rijchariskmo en la década de los treinta y el desarrollo de las áreas de salud en los sesenta. Esta iniciativa estuvo inspirada en

la experiencia de Manuel Nuñez Butrón, y tuvo los logros más importantes en el trabajo a nivel territorial y en consecuencia, se alcanzaron los mayores niveles de eficiencia sanitaria en el nivel local. Es importante señalar la enorme cantidad de innovaciones, sobre todo en el trabajo intersectorial, que da cuenta Bermejo y que planteaba el desarrollo de un capital institucional por parte del MINSA, para el desarrollo de programas sanitarios orientados al territorio. Asimismo, Bermejo da cuenta de la existencia de una matriz cultural de cooperación y vida colectiva en las poblaciones andinas, la cual puede servir de base para una serie de acciones sanitarias.

El Área de Salud de Puno

Bermejo dirigió el Área de Salud de Puno durante doce años consecutivos (1957-1969) priorizando la extensión de la cobertura de salud, la capacitación del personal que trabajaba en el medio rural (auxiliares sanitarios, inspectores sanitario, parteras empíricas, promotores de salud), y la acción coordinada con los sectores educación y agricultura, la iglesia católica, y la Corporación de Fomento y Desarrollo de Puno. (CORPUNO). En el auditorio del local de la Dirección Regional de Puno —antes Área de Salud de Puno— se puede admirar un mural de 38 metros de longitud, pintado al fresco en 18 cuadros, en los que se representan hitos de la historia de la medicina peruana, dos de ellos denominados: «Medicina Rural» y la «Salud y la Coordinación Intersectorial» y en ambos, se reconoce a Bermejo.

Tabla 1. Iniciativas desarrolladas en el Perú previas a la conferencia de Alma-Ata, según Bermejo.

N°	Iniciativas desarrolladas
1	El "rijcharismo" de Manuel Nuñez Butrón en Puno
2	Las Brigadas de Culturización Indígena en Puno
3	El Servicio Departamental de Salud de Ica: Jhon L. Hydrick Alfredo Lynch
4	Los Educadores de Higiene Rural de Puno: José Marroquín Calderón
5	La Medicina Preventiva del Servicio Cooperativo Interamericano de la Salud
6	El Programa Puno-Tambopata
7	Las Áreas de Salud del MSPAS, con especial referencia a la de Puno
8	El Proyecto de Desarrollo e Integración de la Población Indígena
9	Los Programas de Atención Integral de las Regiones de Salud del MSPAS

MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.



Figura 1. El Dr. Rogelio Bermejo, de lentes oscuras, en la ceremonia de despedida como médico jefe del Área de Salud de Puno, 1968, Puno-Perú

Durante doce años se conformó, en la jefatura del Área de Salud de Puno, un equipo sanitario altamente calificado. Entre sus miembros, se contaban cinco médicos, dos enfermeras de salud pública, una educadora de salud, un ingeniero sanitario y una nutricionista. Todos ellos recibieron capacitación formal en el campo de su especialidad en el extranjero y en el país. Entre los médicos estaban Carlos Cornejo Rosello, Augusto Loayza Obando, Miguel Arroyo Pachas y José Ormachea Frisancho.

La capacitación de los auxiliares sanitarios se centraba en la enseñanza de la medicina simplificada, desarrollada en Venezuela y adaptada para Puno. Esta medicina consistía en la atención de los casos médicos más sencillos y comunes, por auxiliares sanitarios, debidamente adiestrados y supervisado por los médicos de las postas médicas. En Puno, se elaboró el Manual de Normas y Procedimientos para Postas Médicas, donde se enfatizó lo que no debía hacer el auxiliar sanitario. Este manual fue traducido al francés y publicado en Ginebra por la OMS en 1973, para su uso en el mundo en países con programas de sanidad rural.

En lo que se refiere al trabajo intersectorial realizado por el Área de Salud de Puno, con el sector educación se trabajó especialmente en los Núcleos Escolares Campesinos, creados a iniciativa de Enri-

que Encinas Franco. Esta iniciativa organizó las Escuelas Centrales de Campesinos a cargo de los supervisores de sanidad y las «Mejoradoras del Hogar» con maestros previamente capacitados por el personal del Área. Con agricultura, se coordinó las acciones del Proyecto Integrado de Nutrición Aplicada (PINA) que con el apoyo de la OMS y el UNICEF promovían el mejoramiento de la producción de alimentos y la nutrición, a través del establecimiento de huertos familiares y escolares y «Centros de Recuperación Nutricional», que en la zona aimara se llamaban Wawa Uta y en la zona quechua Wawa Wasi (Hogar de Niños). Con la iglesia católica (Obispado de Puno y las Prelaturas Nuyllus de Ayaviri y Juli) se formalizó un convenio, por el cual la iglesia transfirió al Área de Salud un grupo de enfermeras diplomadas, religiosas y seglares para que trabajaran en las postas médicas y postas sanitarias, con la remuneración de una auxiliar de enfermería. CORPUNO construyó una red de postas médicas y sanitarias y acondicionó cuatro postas médicas para que funcionaran como hospitales rurales; asimismo, construyó el local del Área de Salud de Puno. El equipamiento de estos locales fue efectuado por el Fondo Nacional de Salud y Bienestar ⁽⁷⁾.

En setiembre de 1964 se había inaugurado el Hospital Regional Centro de Salud de Puno, con 125 camas, que era el último

de los doce hospitales del Plan Nacional Hospitalario de 1961 ejecutado por el Fondo Nacional de Salud y Bienestar. Luego, por iniciativa de Bermejo, se autorizó, por Resolución Ministerial del 7 de noviembre de 1964, que el hospital llevara el nombre de Manuel Nuñez Butrón.

El esquema de organización del cuidado de la salud en Puno era el de una red de servicios en tres niveles. El primero, conformado por las postas médicas con camas destinadas a maternidad y accidentes, de la que dependían las postas sanitarias y los puestos escolares de salud. El segundo, constituido por los hospitales rurales de 25 camas situadas en las sedes de las unidades de salud, de los que dependían las postas médicas. El tercero, por el hospital departamental, del que dependían los hospitales rurales. La red era complementada por servicios de penetración para extender la cobertura —de manera periódica pero permanente— a las zonas de difícil acceso. Estos servicios eran conducidos desde las postas médicas y estaban a cargo de un auxiliar sanitario. Además, se había planeado para 1968 la capacitación de maestros de escuelas que se encuentran por fuera del área de influencia de las postas sanitarias, los cuales quedarían a cargo de los puestos escolares donde se realizarían acciones de primeros auxilios e inmunizaciones.

En 1968, un año antes de ser promovido al organismo central del MSPAS, Bermejo informaba y reflexionaba:

«El problema fundamental en la zona rural de Puno, es ampliar la cobertura de los servicios de salud, para este fin se está trabajando con servicios mínimos, tomando como sujeto de programación a la Posta Médica, que es la responsable en la actualidad, de la salud de la población de uno o varios distritos, y que comprende Postas Sanitarias y Puestos Escolares de Salud en proyectos que funcionarían en el presente año. Los territorios no comprendidos dentro del radio de acción de estos proyectos son atendidos por programas de penetración a partir de la Posta Médica y a cargo de un Auxiliar de Enfermería, que realiza únicamente acciones preventivas. Siempre para ampliar la cobertura, hemos tenido y aún

tenemos en la actualidad el Programa de Promotores de Salud, que son líderes naturales de las comunidades rurales, preparados por nosotros para motivar a la gente, a fin de que acudan a nuestros servicios, así como para ejecutar el seguimiento de casos principalmente de tuberculosos y vacunar a la comunidad a la que pertenecen. Como son voluntarios, el programa no han dado los frutos que esperábamos, y estamos considerando discontinuarlos para, juntamente con los otros sectores formar promotores sociales motivadores del desarrollo general de las comunidades»⁽⁸⁾.

Conferencia de Alma-Ata sobre atención primaria de la salud y su implementación en el Perú

Un elemento que Bermejo señaló, fue que antes de la conferencia de Alma-Ata, la política del MINSa ya estaba orientada a lo que después se denominaría la APS. Se había avanzado mucho en algunos departamentos con experiencias de despliegue territorial de los servicios de salud. De otro lado, las características de los territorios y las limitaciones de recursos orientaron a integrar a las acciones sanitarias diversos mecanismos de participación de la comunidad y la implementación de varios esquemas de

articulación intersectorial en acciones y zonas específicas. Se encargó al Dr. Manuel Alencastre, director general de Programas del MINSa; la elaboración de un informe que sirvió de base a la presentación de la delegación peruana en dicha conferencia. Posteriormente de regreso del evento, se emitió un informe orientado al desarrollo de la APS en el Perú. Es decir, que existía consenso en la tecnoburocracia del ministerio, que esa era la ruta para la expansión de la cobertura de las acciones en salud, por lo que existió la voluntad política para la implementación de las recomendaciones de la Declaración de la Conferencia de Alma-Ata⁽⁹⁾.

Con el objetivo de implementar los acuerdos de Alma-Ata, el gobierno del Perú, diseñó planes y programas, además suscribió acuerdos de cooperación y transferencia técnico-financiera con entidades internacionales. En 20 años se desarrollaron 14 programas o proyectos que pretendían impulsar el establecimiento, la aplicación y la sostenibilidad de la estrategia de la APS en nuestro país. El fracaso de dichos programas para lograr sus efectos deseados fue debido a la falta de recursos sanitarios y condiciones extra sectoriales no previstos y, especialmente, por la carencia de políticas generales de Estado a largo plazo. La relación

de esos 14 programas o proyectos desarrollados en el periodo 1980-2000 se muestran en la tabla 2.

Bermejo y su balance sobre el proceso de implementación de la atención primaria de salud

Bermejo perteneció a una generación de funcionarios del MINSa, que empezaron su carrera desde los territorios y cuyo entrenamiento se dio en el marco de los programas de fortalecimiento de capacidades desarrollados por los Estados Unidos en el marco de la guerra fría, fuertemente influenciado por el desarrollismo sanitario de la época⁽¹⁰⁾, es decir con la visión de sistemas públicos universales que pudieran sostener las intervenciones de salud pública en el territorio. La generación de Bermejo valoró la necesidad de incorporar a las acciones locales la complejidad del contexto económico, político y social.

Sin embargo, cuando la declaración de Alma-Ata se convirtió en gran política pública a partir del Plan Nacional de Apoyo a la Atención Primaria de Salud 1980-1983, y posteriormente con la Comisión Nacional de Atención Primaria de Salud, se cometió el gran error de prescindir de toda la experiencia acumulada en el MINSa para el desarrollo e implementación de la salud rural, como lo señaló Bermejo:

«Manifestamos sin ambages que se ha desperdiciado un rico legado de la cultura comunitaria, un magnífico ejemplo de trabajo regionalizado con completa descentralización en las Áreas de Salud que funcionaron eficientemente en la década de los años 60, y, que somos conscientes de que debemos considerar en nuestro trabajo presente y futuro los magníficos principios y el ejemplo que nos legaron los ilustres sanitarios que nos han precedido (hoy no solo olvidados, sino ignorados) y que conjuntamente con las nuevas corrientes, adecuadas a nuestra realidad, harán posible el mejoramiento del nivel de salud y de vida de nuestra población, para satisfacer con equidad las expectativas del hombre como ser social»⁽¹¹⁾.

La tragedia que significó para el sistema de salud peruano, la pérdida del capital de saberes institucionales sobre

Tabla 2. Programas o proyectos en Atención Primaria de la Salud desarrollados en Perú entre 1980 y 2000

N°	Denominación del programa o proyecto
1	Plan Nacional de Apoyo a la Atención Primaria de Salud 1980-1983
2	Comisión Nacional de Atención Primaria de Salud
3	Proyecto de Atención Primaria y Servicios Básicos de Salud
4	Programa Conjunto de Apoyo Nutricional ONS-OPS-UNICEF (PROCAN)
5	Programa Especial de Supervivencia Infantil (PRESI)
6	Proyecto de Atención Primaria de Salud, Comunidad, Bienestar y Salud (COBISA)
7	Lineamientos Básicos de la Política Nacional de Salud en el Perú 1985
8	Programa Multidisciplinario de Atención Primaria de Salud de la UPCH
9	Proyecto Salud, Medio Ambiente y Lucha contra la Pobreza (SMALP)
10	Fortalecimiento de las Zonas de Desarrollo Integral de la Salud (ZONADIS)
11	Salud Básica para Todos
12	Programas de Administración Comparada. Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS)
13	Proyecto 2000
14	Proyecto de Salud y "Nutrición Básica"

salud rural acumulado durante lustros se agravó por la dinámica de los proyectos de cooperación externa, condenados a una falta de previsión de recursos presupuestarios. Los gobiernos de turno han querido innovar los programas considerando que los que implementaban eran mejores que los anteriores, más actualizados o inéditos; esa vocación de volver a empezar ⁽¹²⁾, es sin duda una matriz cultural que explica mucho de los fracasos en la institucionalización efectiva de la APS en el Perú.

Bermejo fue sumamente crítico de la forma de como finalmente después de varias décadas de intentos fallidos se terminó decodificando la APS por parte del Estado Peruano y soslayando factores claves del proceso de construcción de condiciones de salud a nivel local:

«Se ha conceptualizado ya la salud para todos y por todos; que marca con nitidez que el cuidado integral de la salud solo se alcanzará con la participación plena de la población en todo el proceso de salud, resultando que el control social en la gestión de los servicios es indispensable, contando también, con la participación multidisciplinaria e intersectorial, y con la potenciación del saber popular, así como también con el papel de la familia y del individuo en el autocuidado de la salud...En este nivel se puede formalizar fácilmente que el desarrollo de la salud es parte del desarrollo local, y que el desarrollo local sostenible es parte del desarrollo de la salud, sin la cual no es posible garantizar el bienestar de la población para el desarrollo humano» ⁽¹³⁾.

Bermejo criticó directamente a las propuestas que hablan de APS a partir de la expansión de servicios médicos en el territorio y a las limitaciones de los modelos de educación médica existente para formar médicos capacitados para construir salud en el territorio:

«Que los servicios de salud sigan ‘medicalizados’, funcionando como servicios de atención médica que no influyen en la salud, con escasa cobertura (fuera de las grandes ciudades) en el medio rural, con tendencia a la privatización de la salud, lo que tendría un gran impacto sobre los servicios públicos...existe también un cisma entre “lo académico y las prác-

ticas”. Se teoriza mucho sin experiencias de campo; la formación del personal de salud pública ha disminuido, lo que indica que la educación para la salud no ha evolucionado con los cambios y transformaciones que se estaban operando en el mundo entero» ⁽¹⁴⁾.

Importancia de la obra de Rogelio Bermejo y la atención primaria de salud en el Perú

Bermejo perteneció a una generación de salubristas que desarrollaron grandes innovaciones, a pesar de la complejidad de los territorios y la carencia de recursos, y ello fue parte de un enorme compromiso con el país y con el MINSA. Un análisis de la trayectoria de vida de Bermejo nos muestra que aún en una sociedad tan fragmentada, heterogénea, egoísta y excluyente como la peruana; existen siempre algunas personas que, superando las incomprendiones y frustraciones cotidianas, tienen la capacidad de identificar en su mundo interno una imagen viva de lo «deseable» para mantener la dignidad humana de todos. Imagen que, si es difundida e interiorizada en la conciencia de una generación o de una colectividad, puede comprometer poderosamente las voluntades y acciones de sus miembros para tratar de construir, con un optimismo militante, las condiciones que permitan convertir «lo deseable» en lo «lo posible» y, eventualmente, en «lo realizable». Es el principio de la esperanza, entendido en un sentido filosófico, como el elemento clave de la apertura del porvenir del ser humano que se extiende hacia los límites de lo que puede ser y no es todavía: «La razón no puede florecer sin esperanza, la esperanza no puede hablar sin razón» ⁽¹⁵⁾.

A lo largo de la obra de Bermejo aparecen personajes como Manuel Nuñez Butrón, Jhon Hydrick, Alfredo Lynch, José Marroquín Calderón y Luis Ángel Ugarte, como los primeros sanitaristas que lograron identificar en su conciencia y luego, difundir con su comportamiento ejemplar, la imagen mental de lo deseable y posible en el campo del cuidado de la salud colectiva, entendiendo a la salud como un derecho y un deber de todos los peruanos.

Esta imagen mental inspiró las voluntades y las acciones de los miembros de una nueva generación de sanitarista que surgió en las décadas de los 50 y 60. Es así, que en el Primer Congreso Nacional de Salud Pública, efectuado en 1962, los miembros de esta generación fueron los que propusieron y aprobaron de manera unánime el primer principio de la doctrina sanitaria peruana: «la salud es un derecho inalienable de todos los habitantes del Perú, sin distinción alguna» ⁽¹⁶⁾. Es «el deber de todo trabajador de la salud es luchar por la universalización y la democratización de la salud». Este mensaje adquiere mayor valor en un país que, desde los 90, ha impulsado una cultura que promueve el individualismo, la competencia y el egoísmo.

El análisis de la trayectoria de vida de Rogelio Bermejo nos ha permitido acceder a aspectos importantes del contexto institucional de la implementación de la APS en el Perú, lo que muestra la utilidad de esta metodología ⁽¹⁷⁾. Estamos seguros que lectores de su obra realizarán reflexiones sobre las causas de las grandes brechas entre las intenciones declaradas y las realizaciones efectivas de las políticas y estrategias de cuidado de la salud aplicadas en nuestro país. Estas reflexiones nos permitirán promover y participar en un debate nacional sobre los vínculos indisolubles entre la salud, el desarrollo sostenible y el orden social vigente, en el contexto de una tendencia de políticas dominantes que continúan en un proceso de mercantilización del mundo de la vida, agravada por los efectos de la pandemia, del calentamiento global y de la lucha actual de los grandes bloques geopolíticos por lograr nuevas esferas de influencia y hegemonía.

Bermejo a lo largo de sus ensayos es muy lacónico en sus expresiones, quizás por no querer emitir juicios de valor sobre personas concretas de la colectividad sanitaria. A través de su relato se puede percibir los tiempos prolongados de implementación; equipos técnicos que no están a la altura de las tareas encomendadas; un desprecio por las experiencias anteriores, sobre todo, hacia esa vocación permanente de volver a empezar. A todo esto, se sumó las limitaciones de recursos, expectativas cortoplacistas, pro-

puestas no acordes con la complejidad de los contextos locales, escenarios de crisis políticas y económicas prolongadas y, sobre todo, una incapacidad para institucionalizar y sostener los procesos de innovación. Ello hizo que la implementación de la APS sea luego de décadas de intentos, una rueda de Sísifo permanente para nuestro sistema de salud.

La principal motivación de Bermejo para sus ejemplares aportes a la sanidad rural fue explicitada por él mismo —en un discurso del año 2000— cuando declaró con orgullo pertenecer a la generación médica puneña que siguió las huellas del «Gran Maestro Manuel Núñez Butrón, que dedicó su vida al cuidado de la salud de los desposeídos, los indígenas de su tierra, un pueblo olvidado, abandonado y oprimido secularmente, que sólo era percibido por las clases dominantes como plataforma política o como tema literario. ...El Gran Maestro había dejado tras de sí una estela luminosa, un vivificador ejemplo de esfuerzo, de inspiración y de belleza social a las generaciones médicas ... legándonos una doctrina, una filosofía de trabajo que tiene plena actualidad»⁽¹⁸⁾.

Han transcurrido sesenta años del Primer Congreso Nacional de Salud Pública en el Perú y más de cuarenta de la conferencia de Alma-Ata, y lo sucedido en la realidad sanitaria peruana durante la pandemia nos ha mostrado que la conceptualización, la implementación y la aplicación auténtica de la estrategia de APS continúan siendo un desafío al sistema de salud peruano. Las respuestas sanitarias a la pandemia del COVID-19 se mostraron insuficientes por las restricciones impuestas por los distintos contextos territoriales, políticos, económicos, sociales y culturales, en que debieron ser aplicadas, así como por las debilidades internas de las instituciones de salud. Este reconocimiento y aprendizaje explican el por qué los principios doctrinarios de la APS, sobre todo el rol protagónico

de las poblaciones en las acciones de salud en los territorios, renacen ahora con más fuerza que hace más de cuatro décadas. El debate sobre la universalización del acceso equitativo al cuidado de la salud afronta una nueva utopía, la de una sociedad justa e inclusiva, sin corrupción y sin dejar a nadie atrás.

Por otro lado, también estamos aprendiendo que la conversión de «lo posible» en «lo realizado» en la reforma del cuidado de la salud no es lineal, ni unidimensional, ni neutro; sino que se trata de un proceso complejo, multidimensional, contradictorio y de trazos irregulares, sinuosos, muchas veces impredecibles. Se trata esencialmente de un proceso que, a lo largo de nuestra historia, obedeció y aún obedece a una racionalidad instrumental dominante⁽¹⁹⁾, que expresado y sustentado en un orden social vigente, subordinó el saber y el deber a los intereses del poder económico y político.

También merece comentar que, en las actuales circunstancias, las banderas en defensa de los principios de universalidad, igualdad, integralidad, autenticidad y especialmente de solidaridad en el cuidado de la salud, que en el pasado eran enarboladas por los sanitarios de la generación médica de Bermejo, en medio de la incompreensión las élites políticas y la indiferencia del resto de actores de la sociedad peruana, ahora están a la espera de nuevas vanguardias democráticas que las hagan realidad en todos los escenarios de lucha; el ejercicio pleno del derecho humano a la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cotler J. Las Desigualdades en el Perú. Las desigualdades en el Perú: balances y críticas. Julio Cotler, Ricardo Cuenca, Eds. Lima: Instituto de Estudios Peruanos. 2011: 9-30p.
2. Llanos L, Arenas D, Valcárcel B, Huapaya O. Historia de la Atención Primaria de Salud en Perú: entendiendo su camino y perspectivas actuales. Rev Med Hered. 2020; 31: 266-273. DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v31i4.3861>

3. Roberti E. El enfoque biográfico en el análisis social: claves para un estudio de los aspectos teóricos-metodológicos de las trayectorias laborales. Revista Colombiana de Sociología. 2012; 33(1):127-149.
4. Cueto M, Alves Duarte da Silva M. Trayectorias y desafíos en la historiografía de la ciencia y la medicina en América Latina. Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia. 2020; 72(2):320. DOI: <https://doi.org/10.3989/asclepio.2020.21>
5. Bermejo R. Los Caminos de la Salud Pública: Testimonio de Parte. Lima: Servicios Gráficos y Publicidad. Abril, 2014.
6. Bermejo OR. La Atención Primaria de la Salud en el Perú 1ª Edición. Lima: Universidad Alas Peruanas. 2008: 32p.
7. Bermejo R. La atención de la población rural en el Área de Salud de Puno. Actas del III Congreso Nacional de Salud Pública. Lima: Sociedad Peruana de Salud Pública, 19-25 de Mayo de 1968. 1968: 174-224pp.
8. Bermejo OR. La Atención Primaria de la Salud en el Perú. Ibidem, 232p.
9. Bermejo OR. La Atención Primaria de la Salud en el Perú. Ibidem, 285-292pp.
10. Bustíos C, Martina M, Murillo PJ. Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública: una historia de 20 años de colaboración con el Perú. An Fac med. 2019;80(4): 515-27. DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v80i4.17254>
11. Bermejo OR. La Atención Primaria de la Salud en el Perú. Ibidem, 710p.
12. Cueto M. La vocación por volver a empezar. Las políticas de población en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2006;23(2): 123-131.
13. Bermejo OR. La Atención Primaria de la Salud en el Perú. Ibidem, 710p.
14. Bermejo OR. Ibidem, 710p.
15. Bloch E. El principio esperanza III. Trotta: Madrid. 2007: 510P.
16. Bustíos C, Pereyra H. Recordando a la Sociedad Peruana de Salud Pública: 1950-1968. An Fac med. 2021;82(3):229-35. DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v82i3.21198>
17. Longa F. Trayectorias e historias de vida: perspectivas metodológicas para el estudio de las biografías militantes. VI Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata. 2010.
18. Bermejo R. Homenaje al Doctor Manuel María Núñez Butrón en el centenario de su nacimiento. Lima: Colegio Médico del Perú, Academia Peruana de Salud. 2019.
19. Cueto M. La "cultura de la sobrevivencia" y la salud pública internacional en América Latina: La Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo XX. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. 2015;22(1):255-273. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015000100015>